

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade à Distância (EaD)  
Turma 9**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou  
Diabetes mellitus da ESF Queimadas, João Câmara / RN**

**Yaniet Gimenez Montero**

**Pelotas, 2016**

**Yaniet Gimenez Montero**

**Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou  
Diabetes mellitus da ESF Queimadas, João Câmara / RN**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Saúde da  
Família EaD da Universidade Federal de  
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta  
do SUS, como requisito parcial à obtenção do  
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Fabiana Vargas Ferreira

Pelotas, 2016

**Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação**

M778m Montero, Yaniet Jiménez

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da ESF Queimadas, João Câmara/RN / Yaniet Jiménez Montero; Fabiana Vargas Ferreira, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

77 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Ferreira, Fabiana Vargas, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho à minha família.

## **Agradecimentos**

A equipe pela dedicação e envolvimento.

A minha orientadora pela paciência e apoio.

Aos usuários, maiores beneficiados da intervenção.

## Resumo

**MONTERO, Yaniet Gimenez. Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes mellitus da ESF Queimadas, João Câmara / RN.** 2016. 78f Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

As doenças crônicas não transmissíveis, Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), apresentam alta prevalência com repercussões clínicas, funcionais e sociais. Mediante Análise Situacional, verificou-se a necessidade de qualificar a atenção à saúde aos usuários com HAS e/ou DM na ESF Queimadas em João Câmara / RN. Dessa forma, planejou-se uma intervenção que objetivava melhorar a cobertura e a adesão; melhorar a qualidade dos serviços de saúde; melhorar o registro das informações; os usuários de risco e promover a Saúde no programa. Assim, foram estabelecidos objetivos e indicadores a fim de avaliar a intervenção no período de três meses, considerando-se os eixos pedagógicos de monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica e empregando-se os instrumentos ficha espelho e planilha de coleta de dados disponibilizados do curso. Além disso, usamos os protocolos do Ministério da Saúde de 2012. Pré-intervenção, a cobertura de usuários com HAS era de 19%, correspondendo a 152 pessoas e para usuários com DM era de 20,4% que corresponde a 46 pessoas, além de deficiências na qualidade dos registros e na solicitação de exames complementares. Com a intervenção, ambas as coberturas se ampliaram, atingindo 512 usuários com HAS (88,6%) e 143 usuários com DM (100%), além do serviço de saúde ter sido implementado, já que, todos os usuários receberam exame clínico adequado, todos receberam orientações sobre higiene bucal, riscos do tabagismo e avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Entretanto, os indicadores de solicitação de exames complementares e de estratificação do risco cardiovascular necessitam de melhoria, já que, a identificação precoce de um perfil de risco pode evitar morbimortalidade. Baseado nas premissas, a intervenção resultou em melhorias na atenção à saúde dos usuários, sendo incorporada à rotina da unidade de saúde e servindo como referência para a reorganização de outras ações programáticas.

**Palavras-chave:** Atenção primária à saúde; Saúde da família; Doença crônica; Diabetes *Mellitus*, Hipertensão

## Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na Unidade de Saúde.	51
Figura 2	Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na unidade de saúde.	51
Figura 3	Gráfico indicativo da Proporção de usuários com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	53
Figura 4	Gráfico indicativo da Proporção de usuários com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	54
Figura 5	Gráfico indicativo da Proporção de usuários com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA	55
Figura 6	Gráfico indicativo da Proporção de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA	55
Figura 7	Gráfico indicativo da Proporção de usuários com HAS faltosos às consultas médicas com busca ativa	57
Figura 8	Gráfico indicativo da Proporção de usuários com DM faltosos às consultas médicas com busca ativa	57
Figura 9	Gráfico indicativo da Proporção de usuários com HAS com estratificação de risco cardiovascular	59
Figura 10	Gráfico indicativo da Proporção de usuários com DM com estratificação de risco cardiovascular	59

### Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CAPS	Caderno de Ações Programáticas
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
EaD	Educação à Distância
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
DM	Diabetes <i>mellitus</i>
ESF	Estratégia da Saúde da Família
FA	Ficha de Atendimento
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HGT	Exame de Glicemia Capilar
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Usuários com hipertensão e Usuários com diabetes
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PET-SAÚDE	Programa de Educação para o Trabalho em Saúde
PN	Pré-Natal
RN	Rio Grande do Norte
RS	Rio Grande do Sul
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
VIGITEL	Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico



## Sumário

Apresentação.....	9
1 Análise Situacional.....	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	10
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional ..	20
2 Análise Estratégica .....	21
2.1 Justificativa .....	21
2.2 Objetivos e metas .....	22
2.2.1 Objetivo geral .....	22
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	22
2.3 Metodologia.....	24
2.3.1 Detalhamento das ações.....	24
2.3.2 Indicadores .....	37
2.3.3 Logística.....	44
2.3.4 Cronograma .....	46
3 Relatório da Intervenção .....	48
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	48
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	49
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	49
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	49
4 Avaliação da intervenção .....	50
4.1 Resultados .....	50
4.2 Discussão .....	61
5 Relatório da intervenção para gestores.....	64
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	66
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	67
Referências.....	68
Apêndices .....	69
Anexos .....	72

## **Apresentação**

O presente volume consiste no Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) de Especialização em Saúde da Família – Modalidade EAD promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) e Universidade Aberta do SUS (UNASUS). Realizou-se uma intervenção direcionada aos usuários com HAS e/ou DM ESF Queimadas no município de João Câmara, RN.

O volume está organizado em sete unidades de trabalho sequenciais e interligadas: **Unidade 1 - Análise Situacional** foi realizada o reconhecimento do território através da Estrutura, Processo e Resultados; **Unidade 2 - Análise Estratégica** que tem o objetivo de elaborar um projeto de intervenção de acordo com o foco escolhido na Unidade 1; **Unidade 3 - Avaliação da intervenção** com o objetivo de traçar um panorama da prática da intervenção na unidade semanalmente; **Unidade 4 - Avaliação dos Resultados da Intervenção** expostos por meio da apresentação dos resultados alcançados na intervenção e sua discussão. Além disso, avaliaram-se também as potencialidades e fragilidades encontradas durante a intervenção; **Unidade 5 – Relatório para os Gestores** com a apresentação dos principais resultados e reflexões; **Unidade 6 – Relatório para a Comunidade** com a apresentação dos principais resultados e reflexões e **Unidade 7 - Reflexão Crítica sobre o Processo Pessoal de Aprendizagem** a estudante aponta de forma reflexiva a influência e impacto do curso.

No final do volume, estão apresentados os seguintes itens: Referências Bibliográficas, Anexos e Apêndices.

## **1. Análise Situacional**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da Estratégia Saúde da Família (ESF) / Atenção Primária em Saúde (APS)**

A análise situacional é um instrumento com o qual fazemos uma avaliação dos parâmetros tanto positivos como negativos em relação à saúde de nossa população, além de isso nos permite estabelecer estratégias para melhorar e dar solução as deficiências encontradas no dia a dia em nossa área de saúde, como o objetivo fundamental de melhorar a qualidade de vida da comunidade.

Em nosso município João Câmara temos uma população de 31701 habitantes de eles 15927 feminino para um 50,3% e 15774 masculino para um 49,7% do total dos habitantes respectivamente, é bom destacar que as áreas de saúde estão cobertas por 13 UBS com ESF de elas 7 rurais, não entanto UBS tradicional, contamos com a disponibilidade de dois NASF um rural e um urbano com o qual planejamos ações de prevenção e promoção de saúde, além de isso temos um CAPS, um CEO, com disponibilidade em quase todas as especialidades de atendimento como ginecologia, dermatologia ortopedista, cirurgião, psicologia, gastroenterologia, cardiologia, ultrassonografia e um oftalmologista pactuado na rede privada. Temos um Hospital regional que brinda serviço as 24 horas com consulta de urgência e emergência médica, com sala de cirurgia, sala de ginecologia e puerpério, serviço de RX, serviço de internamento, com laboratório clínico onde se faz hemograma completo, glicemia, colesterol, triglicerídeos, função renal e hepática, teste de gravidez, fator RH, proteínas total e fracionadas, PSA, não se fazem estudos hormonais, além realiza-se ultrassonografia, endoscopia, eletrocardiograma; o antes exposto evidencia uma estrutura organizada de nosso sistema de saúde que ainda não satisfaz as necessidades sempre crescentes da população.

Encontro-me trabalhando na Estratégia de Saúde da Família (ESF) Queimadas que se encontra numa das zonas rurais deste município, tenho uma boa aceitação pela equipe de saúde e da comunidade já que não tinha médico; foi muito reconfortante para mim o amor e carinho com o qual foi acolhida nessa população; já que o jeito de falar era muito diferente, mais graças aos colegas de trabalho ao passar dos dias foi reforçando o aprendizado nos cursos de português facilitando uma melhor comunicação, pelo que agora estou muito feliz

Em minha unidade de saúde está equipada para brindar serviços de saúde de qualidade, a qual conta com uma sala de espera para acolher a os usuários, consulta medica, consulta de odontologia, consulta de enfermagem, sala de vacinação, farmácia, não contamos com sala de curativos o que dificulta os atendimentos pelo que as vezes dificulta o trabalho para fazer curativos.

Nosso equipe de trabalho está composto por, uma enfermagem, uma técnica de enfermagem, uma dentista e sua auxiliar, cinco agentes de saúde, uma administradora, duas agentes de serviços e uma médica cubana; junto com nosso equipe temos o privilégio de contar com o apoio do Núcleo de Assistência da família (NASF) ,o qual está integrado por uma psicóloga, uma nutricionista, uma assistente social, um fisioterapeuta e um médico veterinário, psiquiatra, psicólogo, o que facilita nosso trabalho para melhorar a saúde da comunidade de forma integral; além de isso cotamos com o Centro de Apoio Psicossocial (CAP) que se encontra na área urbana de nosso município o qual está integrado por enfermeiro, psiquiatra, psicólogo, assistente social e outros onde encaminhamos aos usuários que requerem desse serviço especializado.

O total de pessoas atendidas por nossa comunidade é de 3800 pessoas distribuídas em 500 famílias aproximadamente; em micro áreas Marajó, Tubibas e Queimadas sendo esta última a de maior tamanho territorial onde se encontra nosso posto de saúde, temos na área de abrangência cadastrados atualmente 52 usuários com diabetes, 127 usuários com hipertensão, 3 asmaticos,1 hanseníase, 40 crianças menores de 1 ano ,30 gestantes, 3 cardiopatias, etc.

Os atendimentos estão organizados por, um dia para gestantes, um dia para crianças, e o resto dos dias em atendimento de demanda espontânea e de consultas agendadas aos grupos priorizados e de risco assim como visitas domiciliaria, no caso dos atendimentos de urgência e emergência são encaminhados para o hospital regional de acordo aos protocolos e guias de fluxo, conduzindo nosso trabalho para a prevenção e promoção das doenças da comunidade dando o melhor de nos para mudar o estilo de vida da população.

## 1.2 Relatório da Análise Situacional (RAS)

A análise situacional é um instrumento com o qual fazemos uma avaliação dos parâmetros tanto positivos como negativos em relação à saúde de nossa população, além disso nos permite estabelecer estratégias para melhorar e planejar soluções para as deficiências encontradas em nossa área de saúde com o objetivo fundamental de melhorar a qualidade de vida da comunidade.

Estou atuando no município João Câmara que conta com uma população de 31701 habitantes deles 15927 (50,3%) do sexo feminino e 15774 (49,7%) masculino do total dos habitantes respectivamente. As áreas de saúde estão cobertas por 13 UBS com ESF sendo 3 rurais, na UBS tradicional, contamos com a disponibilidade de dois NASF um rural e um urbano com o qual planejamos ações de prevenção e promoção de saúde, além de isso temos um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um Centro de Especialidades Odontológicas (CEOs), com disponibilidade em quase todas as especialidade de atendimento como ginecologia, dermatologia ortopedista, cirurgião, psicologia, gastroenterologia, cardiologia, ultrassonografia e um oftalmologista pactuado na rede privada. Temos um Hospital regional que oferece serviço 24 horas com consulta de urgência e emergência médica, com sala de cirurgia, sala de ginecologia e puerpério, serviço de RX, serviço de internamento, com laboratório clínico onde se faz hemograma completo, glicemia, colesterol, triglicerídeos, função renal e hepática, teste de gravidez, fator RH, proteínas total e fracionadas, PSA, não se faz estudos hormonais. Além disso, realiza-se ultrassonografia, endoscopia, eletrocardiograma; o antes exposto evidencia uma estrutura organizada de nosso sistema de saúde que ainda não satisfaz as necessidades sempre crescentes da população.

Nossa UBS é rural, com uma adequada relação com o SUS embora temos que continuar com o fortalecimento desse vínculo já que ainda existem deficiências como o agendamento das consultas especializadas e de exames complementários, assim como o transporte dos usuários ao serviço de alta complexidade. Existe um vínculo importante com as instituições de ensino já que junto com as mesmas são realizadas ações de prevenção e promoção de saúde, como saúde reprodutiva, saúde mental, saúde bucal e vacinação entre outras as quais ajudam a melhorar a qualidade de vida. Como o modelo de atenção é ESF, tendo uma só equipe de saúde a qual

está composta por uma médica, uma enfermeira e sua técnica de enfermagem, uma odontologista com sua técnica de odontologia, cinco agentes de saúde e uma administradora. Temos 2 micros áreas onde se faz consulta médica e de enfermagem e vacinação em um local adaptado de cada uma das áreas.

Nossa unidade encontra-se numa área rural chamada Queimadas em um local adaptado, a estrutura da unidade está conformada por um local de espera onde se aguarda para os atendimentos, um consultório médico, um consultório de enfermagem com sanitário, um consultório de odontologia, uma farmácia, uma sala de vacinação, um banheiro para usuário conjunto com o depósito de materiais de limpeza, não temos sala de curativo o que dificulta o atendimento, não temos recepção o que dificulta o acolhimento, não temos sala de reuniões e de educação em saúde. Temos como estratégia utilizar a sala de consulta da enfermagem para fazer curativos e trocar sondas vesicais, a comunidade doa um local que adaptamos para fazer reunião e palestras, e as vezes se utiliza um local da escola. Temos equipamentos e instrumental insuficientes para o atendimento, além de materiais de consumo e insumos, medicamentos e preservativos, o que as vezes dificulta o bom atendimento da população, temos acesso a material bibliográfico que ajuda a revisão do profissional de saúde.

Em relação as atribuições da equipe todos os profissionais de minha UBS participam no mapeamento e territorialização. No momento não é realizada a identificação da área de risco e nem os indivíduos e famílias expostas pelo que temos que atualizar a territorialização e o cadastramento da população atual. Temos um atendimento de horário de trabalho de dois expedientes na semana, fazemos cuidados à saúde abrangendo o atendimento domiciliar, nas escolas e na comunidade, se realiza busca ativa dos usuários faltosos e acompanhamento dos problemas de saúde da população em conjunto com o NASF. Não é realizado pequenos procedimentos cirúrgicos em nossa unidade por falta de materiais e local adequado. É realizado atendimento de urgência e não de emergência que pode acometer um bom atendimento para a população, assim, sendo necessário encaminhar a unidade hospitalar da região respeitando fluxo de referência e usando os protocolos, realizando assim as notificações de doenças e agravos. Realizam-se testes diagnósticos, vacinação, os usuários têm acesso a exames complementares; atendimento especializado e retaguarda hospitalar.

Com respeito ao engajamento público ainda temos necessidades e limitações, embora, haja um conselho local de saúde de gestão que está em processo de organização, assim como também não temos um núcleo dedicado ao planejamento, coordenação e avaliação das ações de saúde que serão implementadas em nossa unidade, acho que seria uma ferramenta imprescindível para a organização de nosso trabalho na participação social. É necessário criar grupos de idosos, gestantes, adolescentes, mulheres em idade fértil para a realização de atividades de promoção de aleitamento materno, combate ao tabagismo e alcoolismo a saúde da mulher, doença de transmissão sexuais onde os próprios indivíduos/usuários sejam responsáveis de sua própria saúde e assim promover o engajamento público.

Em relação às barreiras arquitetônicas identificamos um grupo de barreiras existentes em minha unidade, como o corrimão da rampa que dificulta a acessibilidade de pessoas com deficiências físicas e idosas, além de corrimões para os banheiros as quais devem ser eliminadas com ajuda da prefeitura para garantir um espaço livre de barreiras arquitetônicas.

Temos uma população total de 3800 pessoas a qual é adequado para a estrutura da equipe, não temos a distribuição por faixa etária o que é uma deficiência para o atendimento da comunidade e para o planejamento de ações de promoção e prevenção de saúde, embora tenhamos a quantidade crianças menores de um ano que é de 40, 20 gestantes, 152 usuários com hipertensão e 46 usuários com diabetes.

Em nossa UBS damos um acolhimento adequado e humanizado aos usuários, apesar de não termos um local para acolher a população, onde se faz um acolhimento individual e não coletivo, todos os usuários têm as suas necessidades acolhidas adequadamente e o tempo de acolhimento vai depender dos problemas e da gravidade das queixas dos usuários. A equipe avalia e classifica o usuário de acordo com o risco biológico e de vulnerabilidade social priorizando os problemas de saúde mais graves.

Existe um excesso de demanda para consulta de usuários com problemas de saúde agudos tanto da população que reside na nossa área como os que residem fora de nossa área de cobertura, dificultado, assim, o atendimento integral dos nossos usuários. Lidamos com esse excesso de demanda pedindo e orientando o usuário a retornar na UBS no dia seguinte quando o seu problema de saúde não necessita de atendimento imediato, aos usuários que precisam de um atendimento imediato e

prioritário com a médica, com a enfermeira e odontóloga não necessitam esperar mais de 30 minutos, com isso damos uma assistência mais rápida e de qualidade aos que estão doentes.

Com relação à **Saúde da Criança** no Caderno de Ações Programáticas (CAP) preenchido, fizemos uma avaliação na qual atingimos 73% do indicador de cobertura. Não coincide o total de crianças menor de um ano estimado que é de 55, com as 40 crianças menores de um ano residentes de nossa área e acompanhadas pela UBS. Além disso, atingimos 100% na maioria dos itens dos indicadores da qualidade da atenção à saúde da criança avaliada, já que, não temos atraso com as consultas agendadas em mais de 7 dias programadas pela UBS para as crianças.

De acordo com a **Saúde das crianças** em faixa etária de 0 a 72 meses realizamos consultas médicas de puericultura, embora não temos protocolos de atendimento, classificamos e identificamos as crianças de alto risco, além do desenvolvimento de ações com as crianças como o tratamento de problemas clínicos, saúde bucal, diagnóstico de problema de saúde mental, imunizações, prevenção de anemia, prevenção de violência, aleitamento materno, promoção de hábitos alimentares saudáveis e da saúde bucal, promoção de saúde mental. Fazemos palestras sobre saúde bucal, mental e alimentação saudável, além de campanhas de vacinação. Temos como desafio realizar atividades conjuntas com a psicóloga, nutricionista, educador físico para alcançar um atendimento integral. Temos fortalecido o vínculo da equipe de saúde com as mães para o cuidado com as crianças, nas consultas médicas e visitas domiciliares falando sobre a importância da vacinação, a amamentação a sua idade, da prevenção de acidentes frequentes a sua idade entre outras. Não existe um arquivo específico para os registros dos atendimentos, mas, seria muito bom para organizar, identificar os atendimentos e melhorar a qualidade das consultas.

Com respeito à parte de **Pré-natal** do CAP, fizemos uma avaliação de 53% do indicador de cobertura com respeito ao número estimado de gestantes na área que é de 38 não coincide com o total de gestantes residentes na área e acompanhadas na UBS que é de 20, já que, temos um valor reduzido em relação à média nacional, provavelmente devido à ação do planejamento familiar. Com uma avaliação satisfatória e positiva de um 100% dos indicadores de qualidade já que oferecemos uma atenção preferencial e de alta qualidade para as gestantes, as quais têm adotado



cada vez mais estilo de vida saudável; e prevenindo assim a mortalidade e morbidade materna e infantil.

Na parte de Puerpério do CAP, fizemos uma avaliação de que atingimos 71% da cobertura de consulta de puérpera, não coincidindo com número estimado de partos nos últimos 12 meses do ano que é de 55 com o número de mulheres que fizeram consulta de puerpério em nossa UBS é de 40 mais tem um valor aproximado e nos indicadores de qualidade de atenção ao puerpério atingimos 100% na maioria itens; apenas o estado psíquico puerperal não foi avaliado. Propomos encaminhar nosso trabalho para melhorar o estado psicológico das puérperas e das consultas, com apoio do NASF e da ginecologista de nosso município. O acompanhamento é feito pela enfermagem e a médica da UBS, é feita a busca ativa de faltosas, além de haver um controle adequado das puérperas na população cadastrada antes dos 42 dias.

Na **atenção ao Pré-natal** e o **Puerpério** realizamos consulta médica, visitas domiciliar, os atendimentos a gestante são feitos pela enfermagem e a médica, com consultas programadas e alternadas, além das consultas programadas para a odontologista para melhorar a saúde bucal, não se realiza atendimento pré-natal todos os dias só um dia na semana o que permite ter um melhor controle das gestantes e programação das próximas consultas agendadas, mais nos falta ter um atendimento integral onde participe o assistente social, educador físico, ginecologista, psiquiatra e psicóloga para que possamos oferecer uma atenção de qualidade. Não temos protocolos de atendimento ao pré-natal em nossa UBS, é uma deficiência importante, já que seria uma ferramenta para realizarmos um melhor atendimento. Entretanto temos ações que ajudam a prevenção de saúde das gestantes como palestras sobre orientação nutricional, sexualidade na gestação, crescimento e desenvolvimento mês a mês entre outra. É feita a classificação do risco gestacional. Gostaríamos de ter um arquivo específico para as gestantes para ter uma melhor organização dos atendimentos; o que ajudaria a identificar os problemas de saúde e os riscos das gestantes e facilitaria nosso trabalho, o planejamento e monitoramento das ações, além das atividades de educação em saúde. Considero que ainda temos muito que fazer para melhorar o atendimento das gestantes de nossa comunidade com uma atenção integral e de qualidade.

Com respeito ao **Câncer de colo de útero** do CAP fizemos uma avaliação de que atingimos 97% do indicador de cobertura, não coincidindo com o número de 930

mulheres que temos entre 25 e 64 residentes na área e acompanhadas na UBS para a prevenção de câncer de colo de útero com o número estimado do caderno que é de 957. Com respeito aos indicadores de qualidade, temos 180 mulheres com exame citopatológico realizado para câncer de colo uterino sem alterações, o que representa um déficit, pois, o ideal é atingirmos 100%. Temos mulheres com atraso de exames citopatológico para câncer de mais de 6 meses, pelo que propomos realizar todos os exames pendentes a curto e longo prazo.

Com respeito ao Câncer de mama do CAP, fizemos uma avaliação de que atingimos 87% da cobertura de Controle do Câncer de Mama. Mais uma vez não coincidiu o número total de mulheres entre 50 e 69 anos acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de mama, 248, com respeito ao número estimado do caderno que é de 286, e nos indicadores da qualidade do Controle do Câncer de Mama avaliamos em 100% as orientações e a avaliação do risco de câncer de mama.

Em relação à **prevenção do câncer de colo de útero e controle de câncer de mama**, realizamos orientações sobre a prevenção do câncer com palestras de doenças transmissíveis sexualmente e da importância do autoexame de mama, preventivos, conscientização das mulheres em idade fértil sobre a importância do uso de camisinha nas consultas médicas e visitas domiciliares, fazemos busca das mulheres faltosas para a realização de prevenção. Além da realizando ações como controle de peso corporal, estimulação da prática de exercícios físicos, orientação sobre os sintomas e sinais de câncer de mama. Temos como estratégias realizar ações de conjunto com assistente social, educador físico, ginecologista, nutricionista e psicóloga para ter uma atenção integral e de qualidade. Além de organizar o trabalho fazendo um cadastramento das mulheres e um arquivo específico que ajude a reorganização das mulheres que não tem feito o exame de preventivo e de mamografias, as que estão atrasadas e as que têm exame alterado, além de planejar a gestão e coordenação das ações de controle de câncer de mama e de colo de útero, dando assim uma atenção de qualidade onde se avalie e monitorize as ações programadas.

Olhando o CAP, fizemos uma avaliação de que atingimos 19% do indicador de cobertura de Hipertensão arterial, o que não coincidiu o valor de 152 usuários com hipertensão com 20 anos ou mais na área e acompanhados na UBS, com respeito à estimativa do caderno que é de 788. Temos 100% na maioria dos indicadores da qualidade da atenção à HAS avaliados, como a estratificação de risco cardiovascular

por critério clínico, todos os exames complementários dos usuários com hipertensão em dia, avaliação de saúde bucal, orientação sobre nutrição e prática de atividade física regular, não temos atraso da consulta agendada em mais de 7 dias.

A estimativa do número de usuários com diabetes com 20 anos ou mais residentes na área é de 225 no caderno o qual não se ajusta à realidade que temos, já que, o total de usuários com diabetes com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS é de 46. Temos 100% na maioria dos itens dos indicadores da qualidade da atenção à DM, como a realização de estratificação cardiovascular; exames periódicos em dia, com exames físico dos pés nos últimos três meses e a palpação dos pulsos tibial posterior assim como a sensibilidade entre outros, não temos atraso das consultas agendadas em mais de 7 dias pelo que não foi avaliado.

No acompanhamento aos **usuários com diabetes e/ou hipertensão** são realizadas ações como palestras e atividades conjuntas com o NASF, com orientação de hábitos alimentares saudáveis e realização de exercícios físicos, controle de peso corporal, orientação sobre os malefícios do tabagismo e do alcoolismo; importância do cuidado dos pés. Realizamos atendimento diário de adultos com HAS e DM, visitas domiciliares programadas de seguimento onde se explicam como reconhecer sinais de complicações da diabetes e hipertensão, além de atendimento de problemas de saúde agudos, realizamos a estratificação cardiovascular; avaliação dos exames periódico em dia, com exames físico dos pés nos últimos três meses e a palpação dos pulsos tibial posterior assim como a sensibilidade entre outros, poderíamos melhorar a integralidade com a participação de profissionais de saúde como assistente social, ginecologista para melhorar a qualidade da atenção à HAS na UBS. Precisamos fazer um arquivo específico para organizar e planejar os atendimentos, identificar os ricos e avaliar a medicação que toma o usuário. Temos que alcançar que todos os profissionais de saúde realizem a revisão deste arquivo. Além disso é necessário ampliar a realização de atividades de grupo em indústrias e outros espaços comunitários, assim como avaliar e monitorar as ações dispensadas aos usuários com HAS e Diabetes.

Em nosso serviço são realizadas ações de **Saúde dos idosos** para que a longevidade seja sem dúvida um triunfo e melhorar a qualidade de vida. Fazemos palestras sobre orientação nutricional, hábitos alimentares saudáveis, orientação sobre a importância da prática de exercícios físicos, se faz avaliação bucal dos idosos e avaliação periódica da capacidade funcional. Temos que realizar a avaliação integral

dos idosos com todos os profissionais de saúde, para assim ter uma atenção de qualidade, embora não tenhamos protocolos de atendimento conseguimos resolver a maioria das doenças agudas e crônicas que atingem os idosos em nossa área de saúde, realizamos ações de prevenção como imunizações, assim como de saúde mental, diagnóstico de problemas clínicos, de tabagismo, de alcoolismo, de obesidade, de sedentarismo entre outras que são fatores de risco que atingem a saúde do idoso. Propomos realizar um arquivo específico para o registro de atendimento dos idosos que nos permita organizar nosso trabalho, com a finalidade de verificar o retorno programado das consultas médica dos usuários idosos e identificar os faltosos, assim como os procedimentos em atraso e os riscos a que estão submetidos estes usuários.

Na Atenção Básica é muito importante fazer um esforço para promover uma maior integração da saúde bucal nos serviços de saúde em geral, a partir da conjugação de saberes e práticas que apontem para a promoção e vigilância em saúde, para revisão das práticas assistenciais que incorporam a abordagem familiar e a defesa da vida. Uma das principais características em a odontologia na atenção básica é a promoção e prevenção da saúde bucal com ênfase coletiva e educacional; abordagem e participação comunitária. Na organização das ações e serviços de saúde, o planejamento cria a possibilidade de se compreender a realidade, os principais problemas e necessidades da população. Permite uma análise desses problemas, bem como busca elaborar propostas capazes de solucioná-los, resultando em um plano de ação. Viabiliza por meio de ações estratégicas, onde se estabelecem metas, a implementação de um sistema de acompanhamento e avaliação destas operações.

Contamos em nossa unidade de trabalho com uma equipe de odontologia o qual está integrado por uma odontóloga e sua técnica de odontologia, para a prática odontológica temos cadeira odontológica, compressor, autoclave para esterilização do material, além de instrumental para a realização de procedimentos como limpeza bucal e cirurgia, a realização de canal só e feito no Centro Especialização de atendimentos Odontológicos (CEO), localizado no município.

Fazendo uma análise do CAP, da atenção à primeira consulta odontológica programática em grupos populacionais prioritários (pré-escolares, escolares, gestantes e idosos) em minha UBS pode ser melhorada ainda mais e para isso é preciso fazer uma atualização do cadastro da população e um registro específico que

nos ajude a determinar os usuários que ainda não tem apresentam plano e execução de procedimentos odontológicos, com o qual a população teria um atendimento de qualidade, o que significa um grande desafio para os profissionais de saúde.

Podemos fazer uma avaliação positiva do desenvolvimento de ações coletivas em grupos populacionais prioritários (pré-escolares, escolares, gestantes e idosos) onde se faz promoção e prevenção de doenças bucais como o câncer bucal entre outras, além de falar sobre a importância do escovado dos dentes.

Considero que ainda temos grandes desafios e metas para melhorar a saúde da comunidade, já que, temos que fazer um cadastro atualizado para assim poder reorganizar o trabalho da UBS e dar uma atenção de qualidade na qual os profissionais de saúde façam uma integração das atividades de saúde da população em minha UBS, além de fomentar e aumentar as ações de saúde para melhorar a saúde da população, trabalhar com os diferentes grupos etários a promoção e prevenção de doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis, fornecer informação aos profissionais e aos usuários para conheçam seus direitos e deveres.

### **1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional**

Com respeito ao texto feito anteriormente na segunda semana de ambientação em resposta à pergunta: “*Qual a situação da ESF/APS em seu serviço?*” e o relatório da Análise situacional, posso falar que o relatório descreve a situação atual da unidade de saúde e aprofunda as ações de saúde realizadas, além dos problemas que existem na UBS e possíveis soluções. Já o texto da situação da ESF/APS é superficial, falta aprofundar sobre as visitas domiciliares, o horário de atendimento, as reuniões da equipe, o desenvolvimento do processo de trabalho, a relação com a comunidade, sendo assim, através do relatório, pudemos identificar de forma mais profunda o que está sendo vivenciado na unidade de saúde. Ainda, com o relatório, pudemos identificar as ações que demandam maior urgência de reorganização, o que fundamentou a escolha do foco de intervenção, atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

## **2. Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

Nas estatísticas de Saúde Pública percebe-se que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) têm alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo por isso consideradas de alto impacto e de risco para doenças cardiovasculares. O controle adequado dos sinais / sintomas deve ser uma das prioridades da Atenção Básica a partir do princípio de que o diagnóstico precoce, o adequado controle e o tratamento adequado são essenciais para diminuição dos riscos e maior qualidade de vida.

Com o objetivo de estimular modificações no estilo de vida da população como nos seus fatores de risco como obesidade, sedentarismo, tabagismo, alcoolismo e hábitos dietéticos desfavoráveis, a ESF tem desenvolvido ações de prevenção e promoção em saúde.

Minha unidade de trabalho fica localizada na zona rural chamada Queimadas do município Joao Câmara, estado Rio Grande do Norte, encontrasse num local adaptado para funcionamento de uma ESF. A unidade de saúde conta com uma sala de espera para acolher a os usuários a qual se utiliza para fazer palestras e atividades com a comunidade previamente planejadas, sala consulta medica, sala consulta de odontologia, sala consulta de enfermagem, sala de vacinação, cozinha, temos num local a farmácia e a sala de administração compartilhada, além da sala de esterilização e a sala de recepção, lavagem e descontaminação as quais ficam juntas.

Nossa equipe está composta por médico em medicina geral integral, enfermeira, técnico de enfermagem, dentista, auxiliar da dentista, duas auxiliares de serviço, administrador e cinco agentes de saúde comunitária, não temos auxiliar de

farmácia e recepcionista, como estratégia a administradora e a técnica de enfermagem, realizam esta função o que ajuda e melhora o atendimento do usuário.

Na UBS/ESF estimam-se 788 usuários com hipertensão, no entanto, apenas 152 (19%) estão cadastrados; similarmente aos usuários com DM cujo CAP estima 225, estando cadastrados 46 (20%), sinalizando deficiências no indicador de cobertura.

Como pontos favoráveis à intervenção se cita a participação dos profissionais do NASF (psicóloga, nutricionista, assistente social, fisioterapeuta e médico veterinário) que atuarão primariamente nas atividades educativas que versarão sobre alimentação saudável, práticas integrativas e complementares, prevenção de doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis. Além dos temas previstos nos protocolos como benefícios da prática regular de exercícios físicos, riscos do tabagismo e higiene bucal. Como dificuldade para a realização da intervenção temos baixa quantidade de fichas espelhos, escassez de medicamentos e déficit no transporte para o deslocamento às casas de busca dos usuários faltosos. Assim, para viabilizar a intervenção contamos com o apoio do gestor municipal e a secretaria de saúde para impressão de fichas espelho, por exemplo.

Dessa forma, o objetivo da intervenção é melhorar a atenção à saúde de usuários com hipertensão e/ou diabetes adscritos à área de cobertura da ESF Queimadas em João Câmara / RN.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes na área de abrangência da ESF Queimadas, João Câmara / RN.

### **2.2.2 Objetivos específicos e metas**

- **Objetivo 01:** Ampliar a cobertura a usuários com hipertensão e/ou diabetes.

- Meta 1.1: Cadastrar 65% dos usuários com hipertensão de área da abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Meta 1.2: Cadastrar 65% dos usuários com diabetes de área da abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- **Objetivo 02:** Melhorar a qualidade da atenção a usuários com hipertensão e/ou diabetes.
  - Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com hipertensão
  - Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com diabetes.
  - Meta 2.3: Garantir a 100% dos usuários com hipertensão a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
  - Meta 2.4: Garantir a 100% dos usuários com diabetes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
  - Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.
  - Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.
  - Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com hipertensão.
  - Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com diabetes.
- **Objetivo 03:** Melhorar a adesão de usuários com hipertensão e/ou diabetes ao programa.
  - Meta 3.1: Buscar 100% dos usuários com hipertensão faltosos às consultas da unidade conforme a periodicidade recomendada.
  - Meta 3.2: Buscar 100% dos usuários com diabetes faltosos às consultas da unidade conforme a periodicidade recomendada.



- **Objetivo 04:** Melhorar o registro das informações.
- Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento a 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.
- Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento a 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.
  
- **Objetivo 05:** Mapear usuários com hipertensão e/ou diabetes de risco para doença cardiovascular.
- Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.
- Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.
  
- **Objetivo 06:** Promover a saúde de usuários com hipertensão e/ou diabetes.
- Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com hipertensão.
- Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com diabetes.
- Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com hipertensão.
- Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com diabetes.
- Meta 6.5: Garantir orientação sobre tabagismo a 100% dos usuários com hipertensão.
- Meta 6.6: Garantir orientação sobre tabagismo a 100% dos usuários com diabetes.
- Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com hipertensão.
- Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com diabetes.

## 2.3 Metodologia

A intervenção será desenvolvida durante 12 semanas na área adstrita da ESF Queimadas, município João Câmara, estado Rio Grande do Norte, com a participação dos profissionais da equipe da unidade de saúde, do NASF, usuários com hipertensão e/ou diabetes, líderes formais da comunidade, gestor municipal e secretaria de saúde.

### 2.3.1 Detalhamento das ações

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura a usuários com hipertensão e/ou diabetes

**Eixo: Monitoramento e avaliação**

- Monitorar o número de usuários com diabetes e/ou hipertensão cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Detalhamento**

- Considerando a desorganização dos dados que existe atualmente na realidade da ESF, há necessidade de monitoramento e um dos itens é a instituição da ficha espelho, de forma a registrar toda a real cobertura da equipe. Esta ficha será fixada no prontuário no momento da triagem ou em sala de espera, palestras, etc.

- Também devemos salientar que toda e qualquer UBS deveria ter um sistema informatizado, rotineiro e constante, permitindo assim que o cadastro seja realizado de forma efetiva e fidedigna, mas não há isso ainda no serviço de saúde (na maioria do país). A equipe realizará ações e visitará as famílias para verificar se todos os usuários com hipertensão e/ou diabetes estão cadastrados, contando assim com auxílio dos ACS para tal tarefa.

**Eixo: Organização e gestão do serviço**

- Garantir o registro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes cadastrados no Programa.

- Melhorar o acolhimento para os usuários com HAS e/ou Diabetes.

- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetros, manguitos, fita métrica) e garantir a realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

**Detalhamento**

- Na organização e gestão do serviço, é preciso proporcionar que todos os usuários sejam assistidos pelo médico, enfermeiro ou dentista no período de 01 ano, contribuindo assim para um maior controle das patologias em questão e incluindo outros profissionais no processo de cuidado de usuários com hipertensão e/ou diabetes, como os dentistas, atualmente aliados deste processo. A forma de controle desta ação será pela ficha espelho, previamente citada.

- Os ACS receberão a tarefa de revisar os seus arquivos para terem certeza de que os usuários estão cadastrados; se isso não for possível ou estar incompleto, as visitas domiciliares servirão também para os cadastros, apesar das dificuldades relacionadas à distância.

- Os materiais usados na intervenção serão solicitados à gestão, embora, saiba-se que há escassez de materiais básicos nos serviços, o que tende a dificultar a realização plena dos exames (de qualquer tipo).

### **Eixo: Engajamento público**

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e/ou diabetes.

### **Detalhamento**

- É preciso trabalhar (atuar) junto aos Agentes Comunitários de Saúde para a divulgação das ações realizadas, buscando atrair a comunidade para elas. A parceria com os ACS já demonstrou bastante solidez e pela sua aproximação da população podem ser a grande ponte para a consolidação da intervenção.

- A equipe de saúde realizará ações e atividades informativas e educativas na área de abrangência, através de conversas horizontais com os usuários com HAS e/ou DM (neste momento, não há grupos de educação, prevenção e promoção de saúde) e em outros momentos e oportunidades (como salas de espera ou durante visitas domiciliares), para informar à comunidade sobre como serão e quais serão os serviços prestados na unidade de saúde; além disso, a orientação sobre as

consequências destas patologias são imprescindíveis para a autoconscientização (participação no processo saúde-doença).

### **Eixo: Qualificação da prática clínica**

- Capacitar os ACS para o cadastramento de usuários com hipertensão e/ou usuários com diabetes de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo manuseio adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

### **Detalhamento**

- Aproveitando as reuniões profissionais já existentes, na qualificação da prática clínica a proposta é realizar discussão de caso de usuários com diabetes e/ou hipertensão na reunião mensal da equipe, visando construir plano terapêutico coletivo. O caso a ser discutido será selecionado pela necessidade biológica, psicológica ou socioespiritual e levado para o debate coletivo.
- Os ACS serão orientados para o preenchimento das fichas para usuários com hipertensão e/ou diabetes adequado e realmente completo, permitindo assim, um correto acompanhamento.
- Os profissionais (médico e enfermeira) deverão averiguar se os aparelhos, tais como, os esfigmomanômetros estão em condições ideais para o uso e se outros profissionais, como os técnicos em enfermagem estão mensurando adequadamente a pressão arterial sistêmica.

### **Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento aos usuários com hipertensão e/ou diabetes**

#### **Eixo: Monitoramento e avaliação**

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários com hipertensão e/ou usuários com diabetes.
- Monitorar o número de usuários com hipertensão e/ou diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.
- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

### **Detalhamento**

- Realizar o exame clínico completo dos usuários, começando com verificação da pressão arterial, realização do exame de glicemia capilar (HGT) (se possível), verificação dos sinais vitais realizados na pré-consulta e complementar com o exame físico realizado pelo médico.

- A enfermeira deverá controlar, mensalmente, à relação dos usuários têm acesso à medicação, além de nas pré-consultas, perguntar se os usuários tiveram acesso as suas medicações. Caso algum não tenha tido acesso, essa informação deverá ser registrada no prontuário do usuário, além de que a enfermeira deverá buscar informar-se se o usuário não teve acesso à medicação por falta de medicação ou por não ter ido retirar as mesmas.

- Se houver possibilidade, adicionar na carteira, informações sobre a realização dos exames necessários recomendados pelo protocolo de manejo da diabetes e/ou HAS.

### **Eixo: Organização e gestão do serviço**

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. Contar, de preferência, com apoio da gestão e da prefeitura pela oferta de cursos, por exemplo.

- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

- Garantir a solicitação dos exames complementares

- Garantir com o gestor municipal agilidade para realização dos exames complementares definidos no protocolo

- Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados;

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos;

- Manter registros das necessidades de medicamentos.

### **Detalhamento**

- Durante a pré-consulta realizada pela enfermeira e técnica em enfermagem, deverão ser checados os sinais vitais, Pressão Arterial e, no mínimo, uma vez por mês, pesar, medir a altura e a circunferência abdominal dos usuários. Esses dados deverão ser anotados na Ficha de Atendimento, no cartão dos usuários com

hipertensão e/ou diabetes e no prontuário médico dos mesmos. Posteriormente, durante as consultas, caberá ao médico realizar os exames físicos e anamnese necessária. Além disso, todas as informações devem ser completas, incluindo as datas dos exames realizados e agendados.

- Quanto à capacitação, caberá ao médico e enfermeira, programarem-se para que a cada 3 meses seja realizado uma espécie de oficina, para que em conjunto com toda a equipe, sejam trocadas as experiências, discutido as dúvidas e proporcionado as atualizações sobre manejos e condutas sobre esses usuários.

- Caberá à enfermeira solicitar ao gestor o protocolo para HAS e/ou DM de forma impressa, ou na forma de livro, proporcionado pelo Ministério da Saúde.

### **Eixo: Engajamento público**

- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e/ou diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

- Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares e qual seria a periodicidade para a realização dos mesmos.

- Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso.

### **Detalhamento**

- A equipe de saúde deverá realizar atividades, em forma de grupo, palestras e oficinas com a finalidade de informar à comunidade sobre os serviços que a equipe está desenvolvendo na comunidade, qual sua finalidade, quais os benefícios que essas atividades vão resultar e quais as complicações e riscos que os usuários com diabetes e/ou hipertensão estão sujeitos, principalmente se terem seus níveis pressóricos e glicêmicos controlados.

- Atividade de grupo poderá funcionar na sala de espera, abordando todos que estiverem presentes e outros, convidados pelos ACS. Os temas seguirão o seguinte currículo: “entendendo a doença”, “atividade física”, “alimentação”, “medicações”, “prevenindo sequelas”. Outros temas podem ser inseridos de acordo com a demanda

e intervenções como café da manhã educativo e caminhadas também poderão ser desenvolvidas.

### **Eixo: Qualificação da prática clínica**

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado;
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade para solicitação de exames complementares;
- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes;
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

### **Detalhamento**

- O médico deverá manter-se atualizado e proporcionar à equipe as orientações sobre as medições corretas de pressão arterial (segundo protocolo), glicemia capilar (se possível) e sinais vitais. Além disso, orientar corretamente, inclusive os ACS e equipe sobre a necessidade de encorajar os usuários a mudarem certos hábitos alimentares e dinâmicos que possam interferir diretamente na qualidade de vida nos resultados dos tratamentos prescritos para os usuários.
- Caberá ao médico e à enfermeira estarem atentos às medidas da pressão arterial e outros procedimentos realizados pela técnica em enfermagem, a fim de instruí-la sobre a realização correta dos procedimentos, caso necessário.

**Objetivo 3: Melhorar a adesão dos usuários com hipertensão e/ou usuários com diabetes às ações.**

### **Eixo: Monitoramento e avaliação**

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

### **Detalhamento**

- Caberá à equipe elaborar um cartão, podendo ser acrescentado um campo no próprio cartão do usuário, específico e destinado ao agendamento das futuras consultas, dessa forma, no final de cada consulta, o usuário sairá da unidade com a próxima consulta agendada, facilitando o acompanhamento.

### **Eixo: Organização e gestão do serviço**

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.
- Organizar a agenda para acolher os usuários com hipertensão e/ou diabetes provenientes das buscas domiciliares.

#### **Detalhamento**

- Quando a enfermeira identificar que um usuário faltou a consulta, assim que possível, deverá comunicar o ACS responsável por tal usuário, para que o mesmo entre em contato para averiguar porque o usuário faltou a consulta e para orientá-lo para que não falte mais.
- Também será desejável o engajamento e comprometimento por parte dos ACS na busca pelos faltosos;
- A equipe deverá encontrar na agenda um espaço para atender aos faltosos, podendo-se usar o espaço da agenda diária, destinados à demanda espontânea, uma vez que essas consultas excepcionais, provavelmente, não serão frequentes.

### **Eixo: Engajamento público**

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer aos usuários com hipertensão e/ou diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

#### **Detalhamento**

- Através de palestras, durante as atividades de grupo e durante as consultas, caberá a equipe informar a população sobre a necessidade da realização das consultas de forma periódica, conforme o protocolo do Ministério da Saúde, a fim de evitar as complicações (consequências) cardiovasculares, entre outras, causadas por essas doenças, que poderão ser controladas caso haja interação e comprometimento entre os usuários e a equipe.

### **Eixo: Qualificação da prática clínica**



- Treinar os ACS para a orientação de usuários com diabetes quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

#### **Detalhamento**

- É desejável que os profissionais trabalhem em conjunto, com os ACS para repassar informações sobre educação, prevenção e promoção à saúde. A partir disso, os ACS terão condições de se *empoderar* e realizar orientações para os usuários também.

#### **Objetivo 4: Melhorar e organizar os registros dos usuários com hipertensão e/ou diabetes**

##### **Eixo: Monitoramento e avaliação**

- Monitorar a qualidade dos registros de usuários com hipertensão e/ou diabetes acompanhados na unidade de saúde.

#### **Detalhamento**

- Toda consulta realizada pela equipe deverá ser registrada no prontuário, na Ficha Espelho e certos dados no livro de registro. Periodicamente a enfermeira deverá para averiguar se os dados das consultas estão sendo digitados corretamente e se os registros estão sendo atualizados. O pacto deverá envolver toda a equipe.

##### **Eixo: Organização e gestão do serviço**

- Manter as informações do SIAB atualizadas.
- Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento registros.
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

#### **Detalhamento**

- Todas as consultas realizadas pela equipe deverão ser registradas no prontuário, nas fichas espelho e no livro de registro. Periodicamente a enfermeira deverá sondar pelo livro de registro e nos sistemas de armazenamento de dados disponíveis para averiguar se os dados das consultas estão sendo digitados corretamente e se os registros estão sendo atualizados.

**Eixo: Engajamento público**

- Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

**Detalhamento**

- Durante as visitas domiciliares, consultas e atividades em grupo, informar a população sobre seus direitos sobre o acesso a segunda via dos seus registros.

**Eixo: Qualificação da prática clínica**

- Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário para o acompanhamento dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

**Detalhamento**

- O médico e/ ou enfermeira deverão manterem-se atualizados e repassarem as atualizações que surgirem para os demais integrantes da equipe para que se faça de forma adequada e efetiva os registros dos procedimentos clínicos realizados na UBS, para favorecer o acompanhamento mais efetivo.

**Objetivo 5: Mapear usuários com hipertensão e/ou diabetes de risco para doença cardiovascular****Eixo: Monitoramento e avaliação**

- Monitorar o número de usuários com hipertensão e/ou diabetes com realização de, pelo menos, uma verificação da estratificação de risco por ano.

**Detalhamento**

- Verificar nos registros e prontuários a realização da estratificação de risco de forma periódica para nos certificarmos de que todos os usuários tenham sido avaliados conforme preconizado pelo protocolo do Ministério da Saúde. Os usuários que não tiveram sua estratificação de risco feita deverão ser acionados pelos ACS para que compareçam à UBS para consultar e para ser avaliado num dia a combinar, conforme a possibilidade do usuário. É preciso que isso realmente seja executado nos usuários, para que eles tenham total atendimento de suas necessidades.

### **Eixo: Organização e gestão do serviço**

- Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.
- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

#### **Detalhamento**

Os usuários de alto risco deverão ter prioridade no atendimento e deverão ser encaixados na agenda de forma que sejam atendidos sem atraso, mesmo que esses necessitem ser atendidos dentro da margem diária destinada à demanda espontânea pedindo para vir na UBS nos primeiros horários da manhã.

### **Eixo: Engajamento público**

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
- Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

#### **Detalhamento**

• Durante as atividades de grupo e consultas de acompanhamento, a equipe deverá informar a todos os usuários quais são os seus riscos, o que isso representa para a sua saúde, e orientá-los sobre quais são as medidas saudáveis que cada um tem que aderir para diminuir os danos causados por essas doenças.

### **Eixo: Qualificação da prática clínica**

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de *Framingham* ou de lesões em órgãos alvo.
- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

#### **Detalhamento**

• O médico da unidade deverá realizar uma breve capacitação para a equipe, com o objetivo de auxiliar sobre a avaliação dos fatores de risco e para aprimorar o registro destas avaliações, além de fornecer as orientações sobre controle dos fatores de risco modificáveis (alimentação), além da prática da atividade física regular.

### **Objetivo 6: Promover à saúde aos usuários com hipertensão e/ou diabetes**

**Eixo: Monitoramento e avaliação**

- Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos usuários com hipertensão e/ou diabetes com o dentista.
- Monitorar a realização de orientação nutricional aos usuários com hipertensão e/ou diabetes.
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos usuários com hipertensão e/ou diabetes.
- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

**Detalhamento**

- Embora tenhamos o profissional de Odontologia na equipe, há dificuldades de disponibilidade de participar da intervenção, então, a avaliação odontológica (exame completo) não será ofertada, porém, o médico fará uma avaliação rápida da cavidade bucal.
- Orientar durante todas as atividades e nas consultas sobre a importância do controle nutricional de forma acessível e de fácil compreensão, da necessidade de se realizar de forma contínua a prática de atividade física e sobre os riscos do tabagismo e a importância de se realizar a higiene bucal corretamente.
- Há planejamento de realização de promover reunião comunitária visando ouvir as dificuldades que a população enfrenta nas áreas de hipertensão e/ou diabetes (medicamentos, atendimentos, insumos, etc). Estas reuniões ocorrerão inicialmente no Alto do Juá e na Lagoa da Palha, comunidades mais propícias a isto através dos ACS e de atores sociais importantes. Nestes momentos, será importante também ofertar um café de manhã saudável, fomentando a alimentação saudável.

**Eixo: Organização e gestão do serviço**

- Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao usuário com HAS.
- Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.
- Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes usuários.
- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

- Demandar ao gestor maiores consultas para grupos de usuários que querem deixar de fumar no Programa antitabaco e compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

### **Detalhamento**

- Durante as reuniões entre a equipe de ESF e o gestor serão requeridos todos os meios que necessitaremos para realizarmos as atividades, tais como compra de medicamentos anti-tabagismo, por exemplo, entretanto, sugere-se que isso seja difícil.

### **Eixo: Engajamento público**

- Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.

- Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.

- Orientar usuários com hipertensão e/ou diabetes e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

- Orientar usuários com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

- Orientar os usuários com hipertensão e/ou diabetes tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

### **Detalhamento**

- Durante todas as atividades e nas consultas orientaremos a comunidade e principalmente os usuários com diabetes e/ou hipertensão sobre a importância do controle nutricional de forma acessível e de fácil compreensão, da necessidade de se realizar de forma contínua a prática de atividade física e sobre os riscos do tabagismo e a importância de se realizar a higiene bucal (dentes e próteses) corretamente.

### **Eixo: Qualificação da prática clínica**

- Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do usuário com HAS e/ou DM.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

### **Detalhamento**

- Será programada uma capacitação para a equipe para maximizar o conhecimento da equipe, para que as ações citadas acima, possam ser efetivamente colocadas em prática. A dentista será convidada a participar.

### **2.3.2 Indicadores**

Os indicadores descritos a seguir são para a mensuração de cada meta proposta para a intervenção.

**Relativo ao objetivo 01: Ampliar a cobertura a usuários com hipertensão e/ou diabetes:**

**Meta 1.1:** Cadastrar 65% dos usuários com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Indicador 1.1:** Cobertura do programa de atenção ao usuário com HAS na unidade de saúde.

**Numerador:** Número de usuários com hipertensão residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Denominador:** Número total de usuários com hipertensão residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 1.2:** Cadastrar 65% dos usuários com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Indicador 1.2:** Cobertura do programa de atenção ao usuário com diabetes na unidade de saúde.

**Numerador:** Número de usuários com diabetes residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Denominador:** Número total de usuários com diabetes residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

**Relativo ao objetivo 02: Melhorar a qualidade da atenção a usuários com hipertensão e/ou diabetes:**

**Meta 2.1:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com hipertensão.

**Indicador:** Proporção de usuários com hipertensão com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

**Numerador:** Número de usuários com hipertensão com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

**Denominador:** Número total de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.2:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com diabetes.

**Indicador 2.2:** Proporção de usuários com diabetes com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

**Numerador:** Número de usuários com diabetes com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

**Denominador:** Número total de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.3:** Garantir a 100% dos usuários com hipertensão a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo

**Indicador 2.3:** Proporção de usuários com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Numerador:** número total de usuários com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Denominador:** Número total de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.4:** Garantir a 100% dos usuários com diabetes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo

**Indicador 2.4:** Proporção de usuários com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Numerador:** número total de usuários com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Denominador:** Número total de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.5:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade.

**Indicador 2.5:** Proporção de usuários com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular /HIPERDIA priorizada

**Numerador:** Número de usuários com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

**Denominador:** Número de usuários com hipertensão com prescrição de medicamentos

**Meta 2.6:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade.

**Indicador 2.6:** Proporção de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular /HIPERDIA priorizada

**Numerador:** Número de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

**Denominador:** Número de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos



**Meta 2.7:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico 100% dos usuários com hipertensão.

**Indicador 2.7:** Proporção de usuários com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Numerador:** Número de usuários com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Denominador:** Número de usuários com hipertensão residentes na área e acompanhados na UBS

**Meta 2.8:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico 100% dos usuários com diabetes.

**Indicador 2.8:** Proporção de usuários com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Numerador:** Número de usuários com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

**Denominador:** Número de usuários com diabetes residentes na área e acompanhados na UBS

**Relativo ao objetivo 03: Melhorar a adesão de usuários com hipertensão e/ou diabetes ao programa:**

**Meta 3.1:** Buscar 100% dos usuários com hipertensão faltosos as consultas da unidade conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.1:** Proporção de usuários com hipertensão faltosos às consultas com busca ativa.

**Numerador:** Número de usuários com hipertensão faltosos às consultas com busca ativa

**Denominador:** Número de usuários com hipertensão residentes na área e acompanhados na UBS que faltaram às consultas

**Meta 3.2:** Buscar 100% dos usuários com diabetes faltosos as consultas da unidade conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.2:** Proporção de usuários com diabetes às consultas com busca ativa.

**Numerador:** Número de usuários com diabetes faltosos às consultas com busca ativa

**Denominador:** Número de usuários com diabetes residentes na área e acompanhados na UBS que faltaram às consultas

**Relativo ao objetivo 04: Melhorar o registro das informações:**

**Meta 4.1:** Manter ficha de acompanhamento a 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade.

**Indicador 4.1:** Proporção de usuários com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

**Numerador:** Número de usuários com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

**Denominador:** Número de usuários com hipertensão residentes na área e acompanhados na UBS.

**Meta 4.2:** Manter ficha de acompanhamento a 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade.

**Indicador 4.2:** Proporção de usuários com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento

**Numerador:** Número de usuários com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento

**Denominador:** Número de usuários com diabetes residentes na área e acompanhados na UBS

**Relativo ao objetivo 05: Mapear usuários com hipertensão e/ou diabetes de risco para doença cardiovascular:**

**Meta 5.1:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 5.1:** Proporção de usuários com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

**Numerador:** Número de usuários com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

**Denominador:** Número de usuários com hipertensão residentes na área e acompanhados na UBS.

**Meta 5.2:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 5.2:** Proporção de usuários com diabetes com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

**Numerador:** Número de usuários com diabetes com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

**Denominador:** Número de usuários com diabetes residentes na área e acompanhados na UBS.

**Relativo ao objetivo 06: Promover a saúde de usuários com hipertensão e/ou diabetes:**

**Meta 6.1:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com hipertensão.

**Indicador 6.1:** Proporção de usuários com hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

**Numerador:** Número de usuários com hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

**Denominador:** Número usuários com hipertensão residentes na área e acompanhados na UBS.

**Meta 6.2:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com diabetes.

**Indicador 6.2:** Proporção de usuários com diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

**Numerador:** Número de usuários com diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

**Denominador:** Número usuários com diabetes residentes na área e acompanhados na UBS.

**Meta 6.3:** Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% dos usuários com hipertensão.

**Indicador 6.3:** Proporção de usuários com hipertensão com orientação sobre a prática de atividade física regular.

**Numerador:** Número de usuários com hipertensão com orientação sobre a prática de atividade física regular.

**Denominador:** Número usuários com hipertensão residentes na área e acompanhados na UBS.

**Meta 6.4:** Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% dos usuários com diabetes.

**Indicador 6.4:** Proporção de usuários com diabetes com orientação sobre a prática de atividade física regular.

**Numerador:** Número de usuários com diabetes com orientação sobre a prática de atividade física regular.

**Denominador:** Número usuários com diabetes residentes na área e acompanhados na UBS.

**Meta 6.5:** Garantir orientação sobre riscos tabagismo a 100% dos usuários com hipertensão.

**Indicador 6.5:** Proporção de usuários com hipertensão que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

**Numerador:** Número de usuários com hipertensão que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

**Denominador:** Número usuários com hipertensão residentes na área e acompanhados na UBS.

**Meta 6.6:** Garantir orientação sobre riscos do tabagismo a 100% dos usuários com diabetes.

**Indicador 6.6:** Proporção de usuários com diabetes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

**Numerador:** Número de usuários com diabetes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

**Denominador:** Número usuários com diabetes residentes na área e acompanhados na UBS.

**Meta 6.7:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com hipertensão.

**Indicador 6.7:** Proporção de usuários com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal.

**Numerador:** Número de usuários com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal.

**Denominador:** Número de usuários com hipertensão residentes na área e acompanhados na UBS.

**Meta 6.8:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com diabetes.

**Indicador 6.8:** Proporção de usuários com diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal.

**Numerador:** Número de usuários com diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal.

**Denominador:** Número de usuários com diabetes residentes na área e acompanhados na UBS.

### 2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Atenção à pessoa com Hipertensão e/ou Diabetes vamos adotar o Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus do Ministério de Saúde (BRASIL, 2013) que será discutido em capacitações que ocorrerão uma vez por semana com duração de 2 horas, depois do horário de expediente, onde cada membro da equipe estudará individualmente uma parte do manual e discutirá com os demais colegas.

Para a coleta dos dados utilizaremos prontuários clínicos, fichas individuais, registros de atendimento e a ficha espelho disponibilizada pelo curso que contém todas as informações necessárias para o acompanhamento e monitoramento das ações.

Pretendemos alcançar 65% dos indicadores de cobertura de usuários com hipertensão e/ou diabetes bem como qualificar o serviço de saúde como avaliação do

risco cardiovascular, prescrição de fármacos da Farmácia Popular, solicitação de exames complementares e atividades educativas.

Faremos contato com o gestor municipal para dispor de fichas espelho e fichas complementares que serão anexadas aos prontuários. Além disso, vamos solicitar aos gestores materiais como esfigmomanômetro e estetoscópios, fitas métricas, balança de adulto, glicômetros e instrumental para avaliação neurológica.

Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados, que contém a aba dos indicadores, onde poderão ser acompanhados os dados e gráficos dos indicadores da intervenção de cobertura e qualidade.

Para organização do registro específico do programa, à medida que os usuários com hipertensão e/ou diabetes forem cadastrados e atendidos será preenchida a ficha espelho em uso na intervenção a qual será completada pela enfermeira com base nos registros existentes da unidade.

Realizaremos nos atendimentos individuais orientações educativas sobre alimentação saudável, importância da realização da prática de exercícios físicos, cuidado dos pés, estratificação dos riscos cardiovasculares, riscos do tabagismo e do álcool, sendo responsáveis a médica e a enfermeira. Serão realizadas atividades coletivas pela equipe de saúde com prévia coordenação junto aos líderes formais da comunidade para dispor de um local adequado e para divulgação da intervenção bem como atividades físicas com o educador físico, atividades de alimentação saudáveis com a nutricionista previamente coordenadas com o NASF, sendo responsáveis a médica, a enfermeira e os ACS. Para viabilizar essa ação, serão necessários materiais informativos como cartazes, folders, entre outros recursos solicitados ao gestor.

Logo após as consultas médicas e de enfermagem os agendamentos serão realizados.

Para busca ativa, serão utilizadas 4 horas semanais para a realização de visitas domiciliares pela médica, enfermeira e ACS da área de saúde correspondente, sendo que, os casos faltosos serão agendados para novas consultas salientando-se a importância da avaliação médica.

O acolhimento aos usuários que buscarem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem e pela enfermeira no momento da triagem do atendimento do dia, classificando os atendimentos dando preferência para as urgências médicas, que serão atendidos de acordo com os agendamentos das consultas e a demanda

espontânea, realizando uma reserva de 11 consultas diárias para usuários com hipertensão e/ou diabetes o que permitirá chegar a meta proposta em 16 semanas.

Para sensibilizar a comunidade realizaremos reuniões com os líderes comunitários, instituições como colégios, empresas e igrejas informando a importância da intervenção e com o apoio deles pretendemos alcançar o maior número de usuários e famílias.







### **3 Relatório da Intervenção**

Após a finalização da intervenção (duração de 12 semanas), é importante e necessário refletir sobre as características relacionadas ao trabalho, tanto em termos de operacionalização, quanto do cumprimento ou não das ações previstas pelo cronograma.

Conforme o curso orienta, através da intervenção foram desenvolvidas ações em quatro eixos pedagógicos: monitoramento e avaliação do serviço de saúde, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

Na seção anexos constam imagens da intervenção.

#### **3.1 Ações previstas e desenvolvidas – facilidades e dificuldades**

Começamos a intervenção com todas as atividades e ações previstas de acordo com o cronograma organizadas como o cadastramento dos usuários de hipertensão e/ou diabetes da área de abrangência que foi realizado pela equipe, incluindo-se os ACS, além de informar à comunidade sobre a participação na intervenção.

As consultas médicas e da enfermagem programadas para a avaliação dos usuários e atividades como palestras, conversas com os diferentes grupos de usuários e capacitação dos profissionais da saúde semanalmente foram cumpridas integralmente. Também tivemos a participação do NASF, o que gerou satisfação dos usuários, já que, as atividades foram dinâmicas. Para termos um feedback da intervenção, fizemos uma avaliação anônima em que os usuários podiam comentar sobre acolhimento, atendimento e palestras, que foi importante para nortearmos nossas atividades a fim de atingir os usuários de forma mais “certeira”.

A maior dificuldade que tivemos foi com o transporte para deslocamento a regiões distantes bem como com feriados municipais / nacionais que geraram mudanças no cronograma, o que exigiu da equipe maior atenção durante a semana a fim de se recuperar atividades programadas para a semana anterior. Uma outra dificuldade foi a busca ativa de usuários faltosos, pela razão já citada e também pelo receio inicial em participar das atividades da unidade de saúde.

As atividades realizadas com grupos de hipertensos e diabéticos proposta foram realizadas conjunto com o NASF o que foi muito positivo já que tivemos café de manhã onde explicamos a importância da nutrição na busca de hábitos e estilos de vida saudáveis, além disso realizamos uma caminhada pela praça junto com o orientador físico, e depois realizamos consultas de nutrição individuais que tínhamos programadas, nestas atividades recebemos ajuda dos líderes da comunidade como a pastoral, a qual ajudou com o local e o café de manhã foi muito saudável para os usuários, além disso, realizamos um sorteio para os usuários com *kit* de higiene dental o que ajudou como motivação para a higiene bucal.

### **3.2 Ações previstas e não desenvolvidas**

A dentista teve férias durante grande parte da intervenção, o que interferiu em uma avaliação bucal mais completa, todavia, isso não impediu a realização de exame bucal pela médica.

### **3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados**

Não tivemos dificuldade na coleta e sistematização de dados relativos a nossa intervenção, visto que, mantivemos uma periodicidade semanal que teve suporte da médica, da enfermeira e da técnica.

### **3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços**

Apesar de algumas dificuldades, as atividades previstas na intervenção foram incorporadas à rotina da UBS/ESF, destacando-se o acolhimento que foi um fator importante que gerou uma readequação do processo de trabalho, que por sua vez, permitiu uma maior organização das atividades que são realizadas no dia-a-dia, porém, diante da intervenção, com base nos protocolos do MS.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A intervenção teve como propósito qualificar a atenção à saúde de usuários com HAS e/ou DM da ESF Queimadas, João Câmara / RN.

A seguir, apresentam-se os resultados com avaliação em conjunto quantitativa de cada um dos indicadores que foram utilizados para mensurar a intervenção. As estimativas usadas foram da Planilha de Coleta de Dados, pois acreditamos estarem mais próximas da nossa realidade.

**Objetivo 1.** Ampliar a cobertura aos usuários com HAS e/ou DM.

**Metas:**

1.1. Cadastrar 65% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Indicador 1.1: número de usuários com HAS residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde entre o número total de usuários com HAS residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

1.2. Cadastrar 65% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Indicador 1.2: número de usuários com DM residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde entre o número total de usuários com DM residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Descrição dos resultados: Considerando-se a PCD que estima 578 pessoas de 20 anos ou mais com hipertensão, ao longo da intervenção, alcançamos no 1º mês, 171 usuários (29,6%), no 2º mês, 342 (59,2%) e no último mês 512 (88,6%) (Figura 1). Para o diabetes, a PCD estima 143 pessoas de 20 anos ou mais em que no 1º mês alcançaram-se 48 (33,6%), seguido no 2º mês, 96 (67,1%) e no 3º mês 143 (100%) (Figura 2).

Ambos os indicadores ultrapassaram as metas graças ao empenho da equipe que se integrou a fim de aumentar a cobertura e à divulgação da intervenção que sensibilizou a comunidade a participar das atividades da ESF.

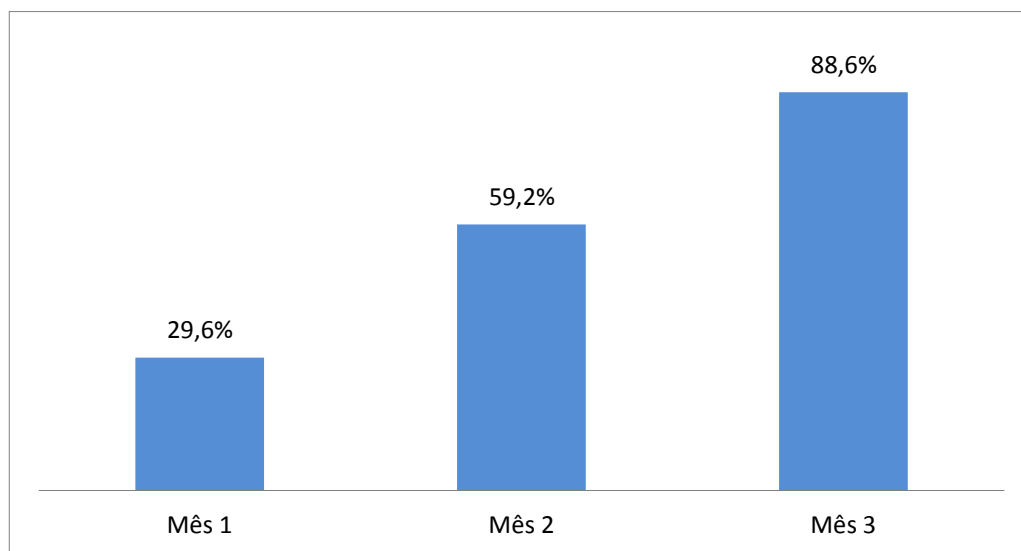


Figura 1: Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na Unidade de Saúde. Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

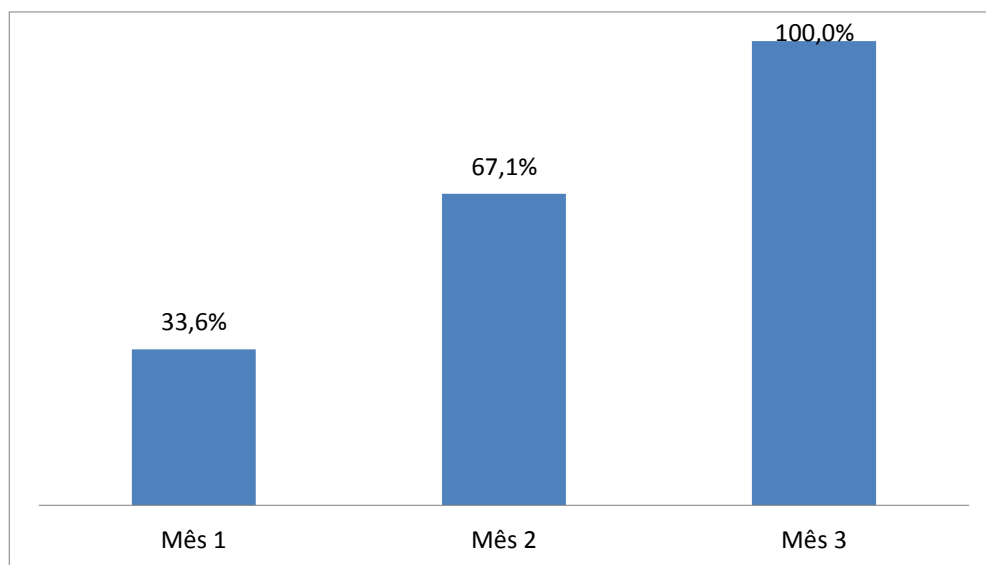


Figura 2: Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na unidade de saúde.  
Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

**Objetivo 2.** Melhorar a qualidade da atenção a usuário com HAS e/ou DM.

**Metas:**

2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com HAS.

Indicador 2.1: número de usuários com HAS com exame clínico apropriado entre número total de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com DM.

Indicador 2.2: número de usuário com DM com exame clínico apropriado entre o número total de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Descrição dos resultados: Em ambos os indicadores se atingiram as metas em que todos os usuários com hipertensão, mês a mês, 171, 342 e 512 pessoas (100%), foram avaliados; similarmente aos usuários com diabetes em que se avaliaram 48, 96 e 143 pessoas (100%).

Foi possível atingir as metas em decorrência da atenção da equipe frente aos protocolos que padronizaram as atividades, permitindo que cada usuário cadastrado na intervenção recebesse uma avaliação clínica compatível com o recomendado pelo MS.

2.3 Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada três meses (palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Indicador 2.3: número de pessoas com diabetes com exame dos pés em dia entre o número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Descrição dos resultados: Todos os usuários com diabetes, respectivamente, 48, 96 e 143 (100%), nos meses 1, 2 e 3, mediante não somente pela dedicação da equipe como também às capacitações que qualificaram a realização dessa avaliação na ESF.

2.4 Garantir a 100% dos usuários com HAS a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: Número total de usuários com HAS com exame complementar em dia entre número total de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

2.5 Garantir a 100% dos usuários com DM a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.5: número total de usuários com DM com exame complementar em dia entre número total de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Descrição dos resultados: Solicitou-se a realização de exames complementares a 153 usuários (89,5%) no 1º mês, 324 (94,7%) no 2º mês e 494 (96,5%) no 3º mês (Figura 3). Similar evolução ocorreu com os usuários com diabetes em que se atingiram 42 (87,5%), 90 (93,8%) e 137 (95,8%), nos meses 1, 2 e 3 (Figura 4).

Acredita-se que um fator interferente tenha sido relativo à dificuldade que alguns usuários apresentam para deslocar-se ao laboratório para agendar os exames, entretanto, sabendo-se da importância de exames como potássio sérico, colesterol HDL e LDL, eletrocardiograma para o melhor acompanhamento do usuário, buscar-se-á enfatizar essa atividade na ESF bem como, junto à gestão, planejar-se-á alguma estratégia para os usuários.

Tivemos dificuldade para o deslocamento de algum dos usuários para a realização de exames complementares na busca de fatores de risco cardiovasculares,

como estratégia realizamos conversa com a gestora para a realização da coleta de mostra de sangue na casa dos idosos, além disso agendamos novamente os exames para algum dos que conseguiram transporte.

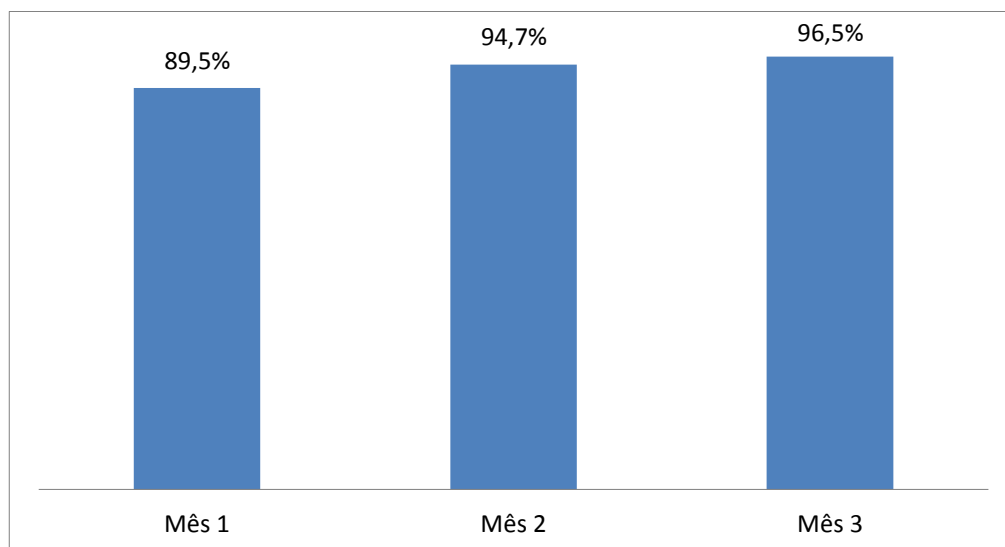


Figura 3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

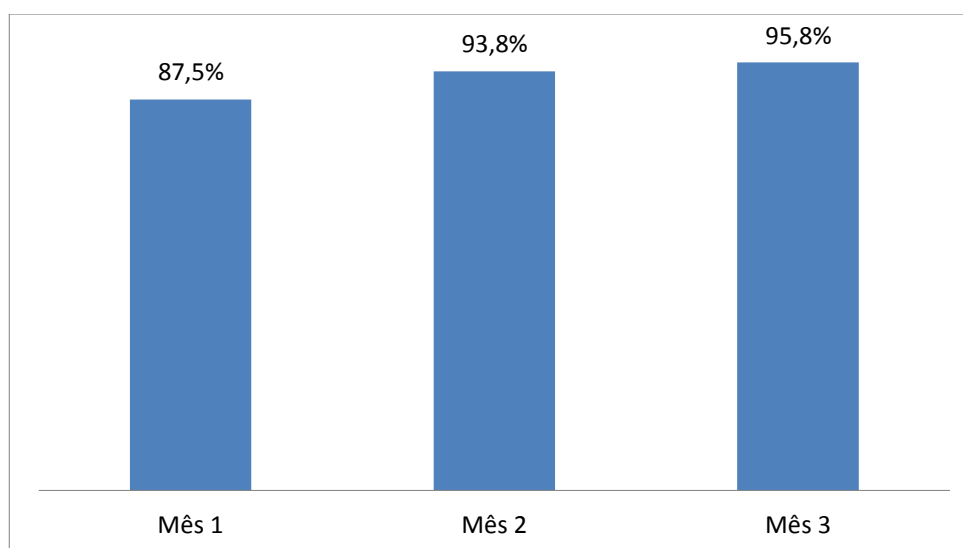


Figura 4: Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6: número de usuários com HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA número de usuários com HAS com prescrição de medicamentos.



2.7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.7: número de usuários com DM com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA entre número de usuários com DM com prescrição de medicamentos.

Descrição dos resultados: Em relação aos usuários com hipertensão, atingiram-se 121 (70,8%), 285 (83,3%) e 455 (88,9%), nos meses 1, 2 e 3 (Figura 5) e para os usuários com diabetes alcançaram-se 31 (64,6%), 78 (81,3%) e 125 (87,4%), nos meses sequenciais (Figura 6).

Embora não se tenha atingido as metas, compreende-se que alguns usuários apresentaram mudanças no estilo de vida através da adoção de hábitos saudáveis, o que pode justificar o não uso de medicamentos para controle dos níveis pressóricos e/ou glicêmicos.

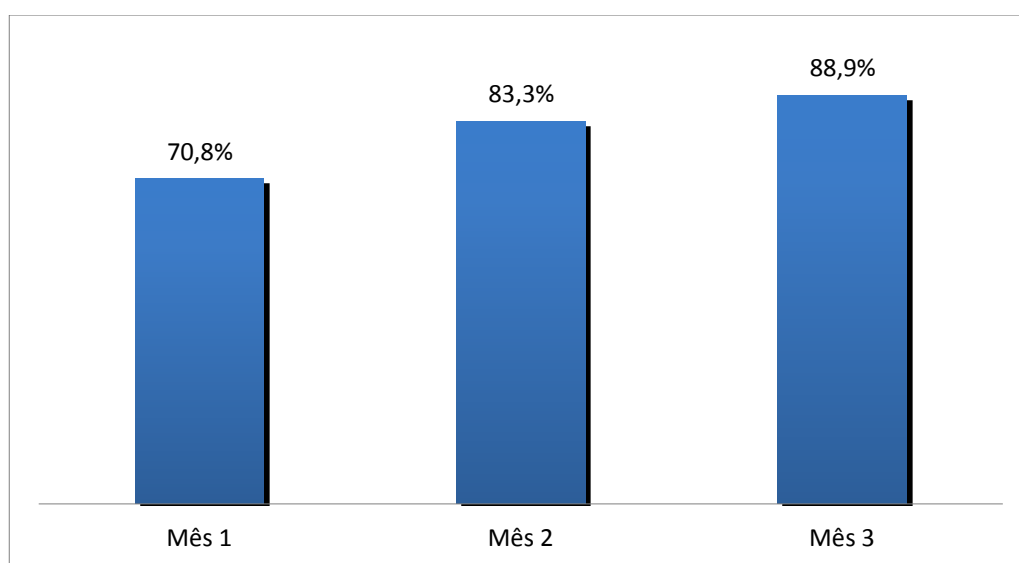


Figura 5: Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.  
Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

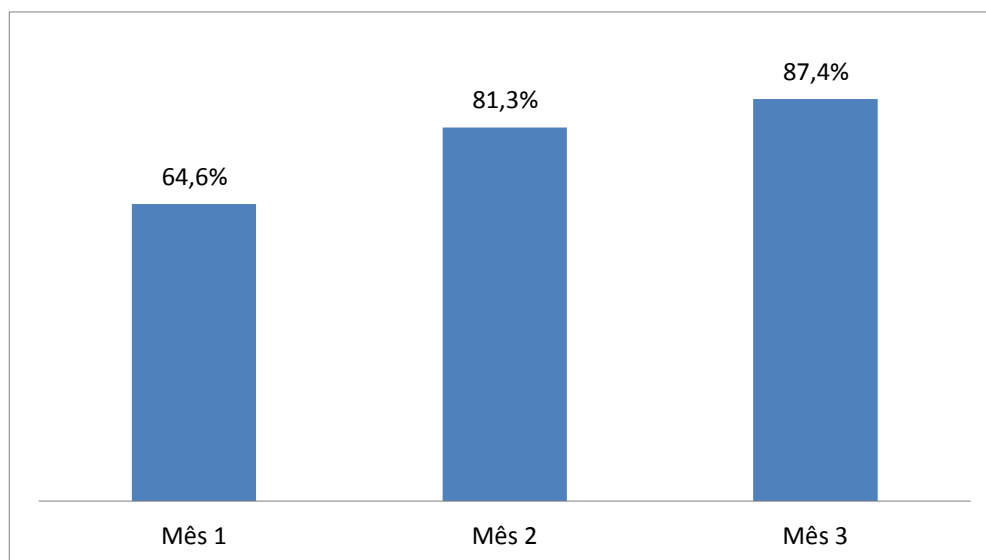


Figura 6: Proporção de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

**2.8:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com HAS.

Indicador 2.8: número de usuários com HAS com avaliação da necessidade de atendimento odontológico entre número total de usuários com HAS inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**2.9:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com DM.

Indicador 2.9: número de usuários com DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico entre número total de usuários com DM inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Descrição dos resultados: A cada mês de intervenção conseguimos avaliar a necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com HAS, alcançando-se 171, 342 e 512 usuários bem como pessoas com DM, 48, 96 e 143 usuários.

Foi possível atingir as metas pela participação da dentista e pela atuação médica que também realizou exame oral, considerando-se que o cuidado em Saúde Bucal deve ser uma competência das equipes que atuam na Atenção Primária.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de usuário com HAS e/ou DM ao programa.

3.1: Buscar 100% dos usuários com HAS faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: número de usuários com HAS faltosos às consultas médicas com busca ativa entre número total de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

3.2: Buscar 100% dos usuários com DM faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: número de usuários com DM faltosos às consultas médicas com busca ativa entre número total de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Descrição dos resultados: No 1º mês não houve usuários com HAS faltosos às consultas, apenas nos meses seguintes houve busca ativa, sendo 15 (100%) no 2º mês e 28 (100%) no 3º mês (Figura 7). Em relação aos usuários com DM, similarmente, somente nos meses 2 e 3 houve busca ativa, 6 (100%) e 9 (100%), respectivamente (Figura 8).

Para atingir as metas estipuladas, consideramos que a atuação dos ACS foi essencial, incluindo-se a atuação da médica que nas visitas domiciliares buscava esclarecer sobre a importância da participação dos usuários nas atividades da ESF.

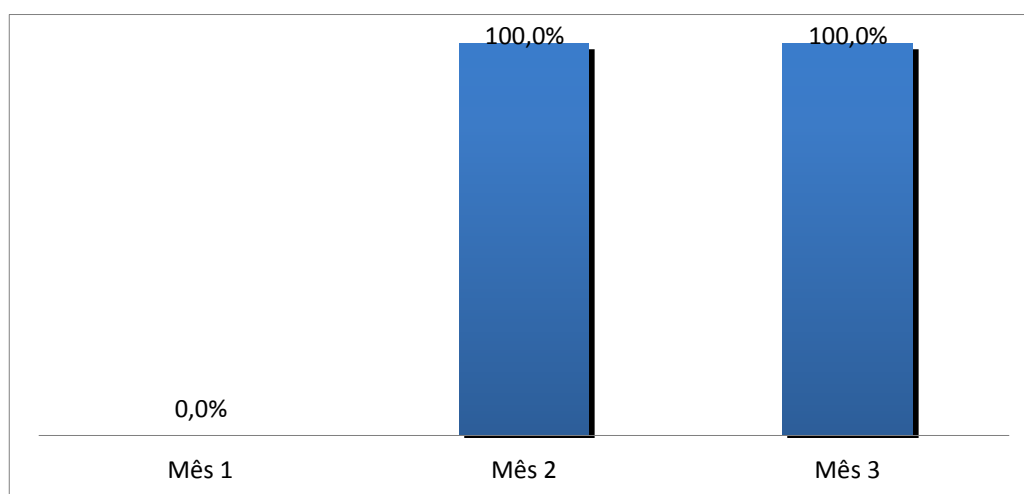


Figura 7: Proporção de pessoas com hipertensão faltosas às consultas com busca ativa. Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

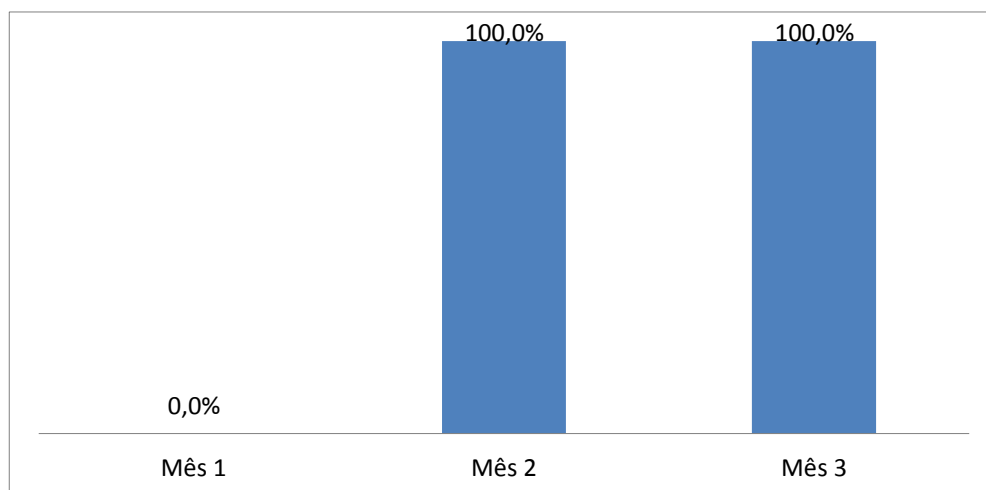


Figura 8: Proporção de pessoas com diabetes faltosas às consultas com busca ativa.  
Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

#### Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Indicador 4.1: número de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento entre número total de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2: número de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento entre número total de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Descrição dos resultados: Os usuários com HAS cadastrados e atendidos a cada mês da intervenção tiveram registradas suas informações na UBS/ESF, o que permitiu atingir 100%, mês a mês, respectivamente, 171, 342 e 512 usuários; similarmente aos registros dos usuários com DM em que se documentaram 48, 96 e 143 pessoas.

Tais resultados derivaram do esforço da equipe em revisar as informações dos usuários nas reuniões semanais, o que foi fundamental também para qualificar o monitoramento das atividades.

Objetivo 5. Mapear usuário com HAS e/ou DM de risco para doença cardiovascular.

5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1: número de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular entre número total de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2: número de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular entre número total de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Descrição dos resultados: Realizou-se estratificação do risco cardiovascular em 153 usuários com HAS (89,5%) no 1º mês, 324 (94,7%) no 2º mês e 494 (96,5%) no 3º mês (Figura 9). Similar evolução ocorreu com os usuários com diabetes em que se atingiram 42 (87,5%), 90 (93,8%) e 137 (95,8%), nos meses 1, 2 e 3 (Figura 10).

Conforme já mencionado no indicador referente aos exames complementares, nem todos os usuários tiveram acesso a tais exames, o que se refletiu na realização dessa atividade.

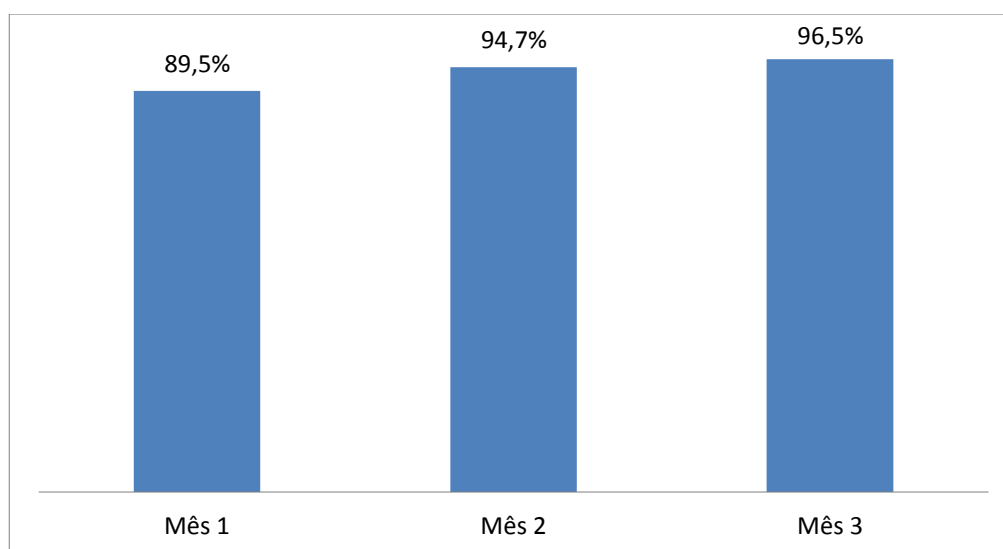


Figura 9: Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

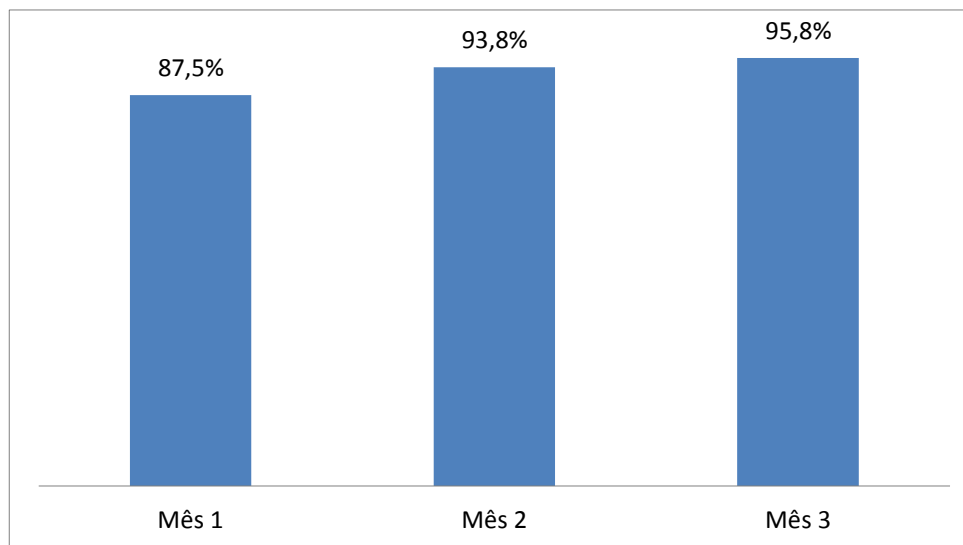


Figura 10: Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

**Objetivo 6.** Promover a saúde de usuário com HAS e/ou DM.

6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com HAS.

Indicador 6.1: número de usuários com HAS que receberam orientação sobre alimentação saudável entre número de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com DM.

Indicador 6.2: número de usuários com DM que receberam orientação sobre alimentação saudável entre número de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com HAS.

Indicador 6.3: número de usuários com HAS que receberam orientação sobre prática regular de atividade física entre número de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com DM.

Indicador 6.4: número de usuários com DM que receberam orientação sobre prática regular de atividade física entre o número de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com HAS.

Indicador 6.5: número de usuários com HAS que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo entre o número de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários usuário com DM.

Indicador 6.6: número de usuários com DM que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo entre número de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com HAS.

Indicador 6.7: número de usuários com HAS que receberam orientação sobre higiene bucal entre número de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com DM.

Indicador 6.8: número de usuários com DM que receberam orientação sobre higiene bucal entre número de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Descrição dos resultados: As atividades referentes ao objetivo de promover a saúde atingiram as metas, conferindo integralidade na atenção aos usuários com HAS e/ou DM, respectivamente, 171, 342 e 512 usuários (100%) e 48, 96 e 143 pessoas (100%).

A ação coletiva entre os profissionais da equipe e os do NASF foi fundamental para que houvesse a multiplicação de saberes / conhecimentos aos usuários, tanto nas consultas individuais quanto nas atividades coletivas em que os temas expressaram relação com a HAS e/ou DM citando-se alimentação saudável, prática regular de exercícios físicos, risco do tabagismo e álcool e higiene bucal.

## 4.2 Discussão

Com base na intervenção foi possível avaliar um impacto positivo sobre os indicadores de cobertura e na qualidade do serviço de saúde na ESF Queimadas, demonstrando, que o tempo de 3 meses pode desencadear uma reorganização da ação programática, especialmente, por meio do emprego dos protocolos e do engajamento da equipe.

Entre os pontos positivos advindos da intervenção se destacam uma atualização do cadastramento de usuários e na utilização de protocolos, o que promoveu uma reestruturação das atividades realizadas na ESF em que, às vezes, determinadas atividades podem ser ofertadas, porém, sem uma atenção às recomendações do MS que objetiva nortear a atuação dos profissionais na Atenção Primária.

No começo da intervenção enfrentamos muitas dificuldades, principalmente, com o transporte até as áreas mais distantes, contudo, o trabalho coletivo foi além das limitações, possibilitando o cadastramento de usuários, a atualização dos registros, o uso da ficha espelho, a realização de exame clínico completo, a solicitação de exames complementares, a estratificação do risco cardiovascular e as atividades de promoção em saúde que envolveram também o NASF integrando distintos saberes.

### **Importância da intervenção para a equipe**

A intervenção propiciou capacitações que tematizaram rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da hipertensão e diabetes, o que também gerou maior agregação entre os membros da equipe (médica, enfermeira, auxiliar de enfermagem, dentista, ACS) e a administração (gestão).

A equipe conseguiu realizar um bom acolhimento individual e coletivo, além de cumprir com as atribuições dos profissionais, o que também foi um resultado impactante da intervenção.



### **Importância da intervenção para o serviço**

Anteriormente à intervenção, basicamente o profissional que atendia usuários com HAS e/ou DM era o médico, porém, com a reorganização da ação programática, outros profissionais também se tornaram “atores”, o que também se refletiu na maior cobertura.

### **Importância da intervenção para a comunidade**

Para a comunidade a intervenção foi percebida pelo acolhimento que propiciou uma rápida identificação dos casos que seriam prioridade e demandariam uma atenção mais imediata, além de que as consultas se tornaram mais “ricas”, através da adição de exame clínico mais completo, solicitação de exames complementares, prescrição de fármacos e orientações sobre o impacto no estilo de vida sobre os controles pressórico e glicêmico.

### **O que faria diferente caso fosse realizar a intervenção neste momento**

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a Análise Situacional já tivesse buscado um contato mais próximo com os líderes da comunidade a fim de sensibilizá-los frente às modificações previstas na ESF bem como se tivesse exposto a forma de acolhimento que priorizaria a atenção de usuários com sinais / sintomas agudos sem deixar de atender a demanda espontânea.

### **Viabilidade de incorporar sua intervenção a rotina do serviço.**

A intervenção será incorporada à rotina do serviço, tendo-se em vista que a comunidade e a equipe perceberam os resultados dessa reorganização do processo de trabalho, que garantiu atendimento e atenção a maior número de usuários bem como melhorou o serviço de saúde.

Para consolidá-la ainda mais, vamos buscar uma ampliação da conscientização da comunidade frente às atividades que envolvem os usuários-alvo da intervenção, mas, também, de outros grupos que também demandam esforços coletivos da equipe e da gestão.

### **Os próximos passos a serão tomados...**

Considerando-se que a intervenção gerou resultados positivos em relação à atenção à saúde dos usuários e foi uma mola propulsora para capacitações, essa intervenção será referência para a reorganização de outras ações programáticas, sendo que, a equipe, mediante análise da realidade da ESF, já pensou em melhorar a cobertura e a qualidade das atividades na ação voltada ao controle do câncer de útero e prevenção do câncer de mama.

## **5 Relatório da intervenção para gestores**

Prezada Secretária Municipal de Saúde

Sra: Andrea Lucia Cordeiro do Nascimento

No contexto da Saúde Pública o cuidado aos usuários com hipertensão e/ou diabetes tem grande relevância, em distintos aspectos, sócio demográficos, econômicos e clínicos, visto que, pode gerar riscos cardiovasculares que, por sua vez, podem afetar a produtividade.

Dessa forma, considerando-se a necessidade de qualificação dessa ação programática na ESF Queimadas, planejou-se uma intervenção com duração de 12 semanas a fim de padronizar as atividades referentes à atenção à saúde que seguiu os protocolos do Ministério da Saúde (MS) bem como aumentar os indicadores de cobertura e da qualidade do serviço de saúde.

Antes da intervenção a cobertura de usuários com hipertensão era de 152 pessoas em um universo de 788 pessoas com HAS (estimativa), correspondendo-se

a 19% e quanto aos usuários com diabetes, de 225 pessoas, 46 estavam cadastradas na UBS/ESF, resultando em 20,4% de cobertura, o que demonstrava a necessidade de se ampliar o número de usuários cadastrados; ademais, o serviço de saúde precisava ser reorganizado em conformidade com os protocolos.

Dessa forma, os objetivos da intervenção foram melhorar a cobertura e a adesão, melhorar a qualidade dos serviços de saúde, melhorar o registro das informações, identificar os usuários de risco e promover a Saúde no programa.

A fim de atualizar a equipe, foram realizadas capacitações que objetivaram padronizar as atividades realizadas na unidade de saúde, utilizando os protocolos Caderno de Atenção Básica nº 36 e 37 – Estratégias para o cuidado da Pessoa com doença crônica, Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, respectivamente (BRASIL, 2013), o livro de registros dos usuários com hipertensão e/ou diabetes, a ficha espelho e a planilha de coleta de dados para fins de monitoramento.

Após 12 semanas, foi possível cadastrar 512 usuários com HAS, alcançando-se cobertura de 88,6% e 143 usuários com DM resultando em uma cobertura de 100%, que sinaliza uma ampliação das coberturas, bem como, realizamos exame clínico apropriado para todos os usuários, solicitamos exames complementares, prescrevemos medicamentos encontrados na Farmácia Popular, avaliamos a necessidade de atendimento odontológico e orientamos os usuários quanto à prática regular de atividade física, riscos do tabagismo, alimentação saudável e higiene bucal.

Além de melhora nos indicadores de cobertura e da qualidade do serviço de saúde, a intervenção fortaleceu o trabalho da equipe e a educação permanente qualificou-a frente às suas atribuições e na atenção aos usuários. Ou seja, a intervenção propiciou aos membros da equipe uma atuação como promotores de saúde, o que fez com que atuassem de forma contextualizada frente à realidade da ESF Queimadas.

Ademais, intervenções como essa são importantes na medida em que promovem a organização do trabalho e sistematização dos registros, permitindo, assim, o monitoramento e a avaliação das ações desenvolvidas pela equipe de saúde.

Por isso consideramos importante que a reorganização da ação programática se torne rotina na unidade de saúde, sendo essencial que a nossa parceria junto a vocês, gestores, continue de forma dialógica e permanente, trazendo melhoras na saúde da população camarense, assim como, sugerimos que essa reorganização

atinja outras unidades de saúde, pois, assim, haverá uma multiplicação da qualidade, o que reverbera na saúde da comunidade em geral.

Abraços

## **6 Relatório da Intervenção para a comunidade**

Estimados usuários

Iniciarei este relatório agradecendo a vocês, comunidade, pelo apoio e cooperação para a realização da intervenção que objetivou a melhoria da atenção à saúde das pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes na ESF Queimadas em João Câmara / RN.

A equipe identificou uma necessidade de melhorar a cobertura e a qualidade do serviço de saúde aos usuários com hipertensão e/ou diabetes, o que fez com que planejássemos uma intervenção recheada de atividades com vistas a melhorar a atenção à saúde, com suporte da gestão.

Antes da intervenção estavam cadastradas 152 pessoas com Hipertensão Arterial e 46 pessoas com Diabetes Mellitus, resultando em coberturas de 19% e 20,4%, respectivamente, bem como o serviço de saúde apresentava dificuldades em relação ao registro incompleto das informações e ao acesso a exames complementares importantes para o mapeamento de risco cardiovascular.

Após três meses de intervenção, cadastraram-se 512 usuários com hipertensão, atingindo-se 88,6% da cobertura e 143 usuários com diabetes resultando em 100% da cobertura. Quanto ao serviço de saúde, passamos a realizar atividades com maior qualidade como registro das informações, realização de exame clínico, prescrição de medicamentos e orientações sobre alimentação saudável, higiene bucal, benefícios da prática regular de atividade física e riscos do tabagismo.

Também, percebemos que vocês ficaram satisfeitos e entusiasmados com as atividades, o que para nós, foi uma alegria, pois, a intervenção, além de melhorar a qualidade da atenção à saúde, nos deixou mais próximos uns dos outros, intensificando nosso vínculo.

Entendemos que a intervenção realizada com os usuários com hipertensão e/ou diabetes foi uma semente que germinou e que será ainda mais consolidada junto

a vocês, por isso, peço que continuem participando das atividades, trazendo seus familiares, para que todos tenham acesso a uma saúde de qualidade.

Abraços

## **7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem**

Refletindo sobre meu processo de aprendizagem durante todos os meses do curso posso dizer que no início foi um pouco difícil, sobretudo, pelo idioma. Foram semanas de muito estresse com respeito a todas as atividades a serem realizadas, mas, considero que valeu a pena.

Foi o espaço do curso que realmente me motivou e ajudou na melhora de meu idioma, pois, consegui interagir com vários colegas do país todo; além disso, a equipe também me ajudou no processo de aprendizagem graças às discussões e conversas, por isso, sinto que toda a equipe foi favorecida com a especialização, já que, nunca havia ocorrido experiência semelhante.

Entre os pontos positivos do curso cito a área clínica, pois, os documentos disponibilizados estavam baseados nos protocolos brasileiros e condizentes com a realidade da Atenção Primária e o TQC que também me serviu como um parâmetro para identificar áreas com necessidade de maior aprofundamento.

Com a intervenção, pude notar a importância do planejamento de cada ação de saúde a ser desenvolvida com cada usuário e das reuniões de equipe, pois, são momentos em que os membros revisam as realizações, as pendências e as necessidades de materiais / insumos, por exemplo, antecipando-se a uma possível escassez. Ressalto que a etapa anterior à intervenção, de confecção do projeto, foi

essencial para meu entendimento do que viria a ser a intervenção, inclusive, não acreditava no potencial perante a comunidade e a própria equipe.

E assim, semana a semana, mesmo com mais atividades a serem realizadas na UBS/ESF, o sentimento é positivo, inclusive, destaco a atuação das orientadoras que fizeram o máximo possível para que o meu desenvolvimento no curso fosse crescente, associado à paciência e interesse que demonstraram ao longo dos meses.

### **Referências**

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 56 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 28).

## **Apêndices**

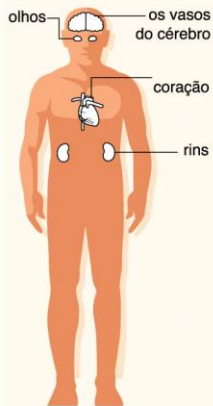
## Apêndice A – Folheto Informativo

### HIPERTENSÃO ARTERIAL

**Hipertensão Arterial ou Pressão Alta:** é a elevação persistente dos níveis da pressão arterial a valores iguais ou maiores do que 140mmHg por 90mmHg (14 por 9), determinados em mais de duas medições, com aparelho calibrado e por um profissional treinado.

#### CUIDADO

A hipertensão pode não apresentar sintomas. Nesse caso, a pessoa permanece meses e até anos sofrendo os danos causados sem sentir nada. As complicações da hipertensão afetam:



#### FATORES QUE PREDISPÕEM A HIPERTENSÃO



**Idade:** a pressão arterial aumenta à medida que envelhecemos.



**Obesidade** (excesso de peso).



**Uso de cigarros, charutos e demais derivados do tabaco.**



**Uso descontrolado de bebida alcoólica.**



**Ingestão descontrolada de sal.**



**Hereditariedade:** filhos e parentes de hipertensos têm mais chances de se tornar hipertensos.



**Sedentarismo:** a falta de atividade física contribui para o aumento da pressão arterial. Pratique uma atividade física, mas antes consulte uma equipe de saúde para avaliação de suas condições físicas.



**Raça negra:** as pessoas da raça negra são as que apresentam as formas mais graves de hipertensão.



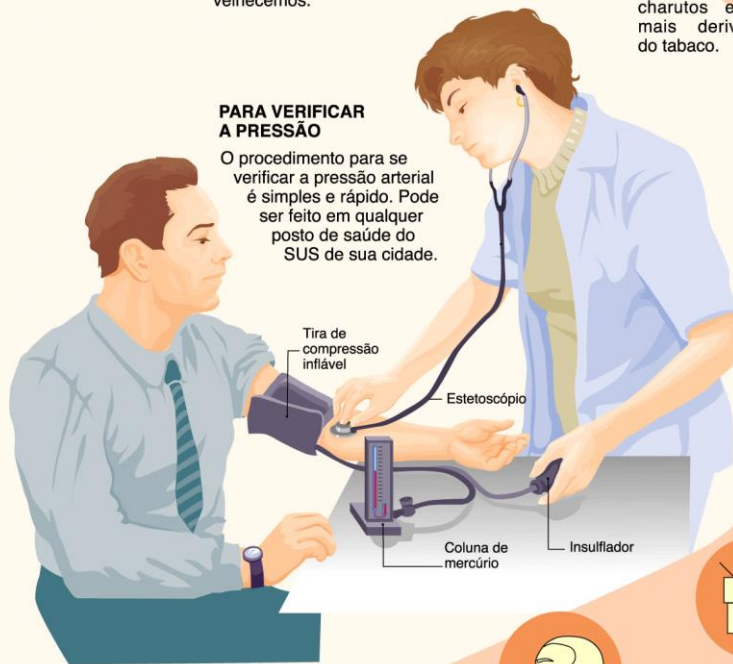
**Ingestão de alimentos ricos em gordura:** prefira carne branca, frutas e verduras. Evite embutidos, enlatados, frituras e molhos.



**Diabetes:** portadores de diabetes têm duas vezes mais chances de desenvolver hipertensão.



**Estresse:** situações que levam aos estados de ansiedade também podem elevar a pressão arterial.



#### PARA VERIFICAR A PRESSÃO

O procedimento para se verificar a pressão arterial é simples e rápido. Pode ser feito em qualquer posto de saúde do SUS de sua cidade.

Tira de compressão inflável

Estetoscópio

Coluna de mercúrio

Insuflador



Informações pela Internet:  
[www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)



Disque Saúde: **0800 61 1997**. Em caso de dúvidas, é só ligar. O telefonema é gratuito.

Infografia: Rubens Paiva





Atendimento clínico



Atividade educativa



Capacitações

## **Anexos**

**Anexo A - Documento do comitê de ética**

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE MEDICINA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
OF. 15/12	Pelotas, 08 de março 2012.
Ilma Srª Profª Ana Cláudia Gestal Fassa	
<i>Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde</i>	
Prezada Pesquisadora;	
Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e <b>APROVADO</b> por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.	
 Patricia Abrantes Duval Coordenadora do CEP/FAMED/UFPel	



Especialização em  
Saúde da Família  
e Federal de Pelotas

## PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

Data do ingresso no programa \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Número do Prontuário: \_\_\_\_\_ Cartão SUS \_\_\_\_\_

Nome completo: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Precisa de cuidador? ( ) Sim ( ) Não

Nome do cuidador \_\_\_\_\_ Telefones de contato: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Tem HAS? ( ) Sim ( ) Não      Tem DM? ( ) Sim ( ) Não      Tem HAS e DM? ( ) Sim ( ) Não      Está cadastrado no HIPERDIA? ( ) Sim ( ) Não

Há quanto tempo tem: HAS? \_\_\_\_\_ DM? \_\_\_\_\_ HAS e DM? \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ cm Perímetro Braquial: \_\_\_\_\_ cm

[illegible]

FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS					
Data					
Glicemia de Jejum					
HGT					
Hemoglobina glicosilada					
Colesterol total					
HDL					
LDL					
Triglicerídeos					
Creatinina Sérica					
Potássio sérico					
Triglicerídeos					
EQU					
Infecção urinária					
Proteinúria					
Corpos cetônicos					
Sedimento					
Microalbuminúria					
Proteinúria de 24h					
TSH					
ECG					
Hemograma					
Hematócrito					
Hemoglobina					

[illegible]